



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
АО «АльфаСтрахование»
Скворцовым В.Ю.
от 13 марта 2020 № 66/02

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

Москва
2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	3
2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	11
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	11
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ	16
5. СТРАХОВАЯ СУММА	20
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)	21
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ.....	24
8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	31
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	33
10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ.....	36
11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	51
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	51

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее — Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых акционерное общество «АльфаСтрахование» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней, финансовых рисков. Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования по виду страхования:

- страхование от несчастных случаев и болезней;
- страхование финансовых рисков.

1.2. Под договором добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее — Договор страхования) в настоящих Правилах понимается соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемыми «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой Стороной (Страхователем), при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая) выплатить лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю), денежную сумму в пределах обусловленной Договором страхования страховой суммы

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами или Договором страхования и не может быть определено исходя из законодательства Российской Федерации, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.4. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Субъекты страхования — Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

Страховщик — АО «АльфаСтрахование», созданное и действующее на основании Устава, в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

Страхователь — заключившее договор страхования со Страховщиком и уплатившее обусловленное этим договором страхования плату юридическое лицо любой формы собственности или дееспособное физическое лицо, либо физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя.

В случае если Договор заключен Страхователем — физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи — юридические лица заключают Договор страхования в отношении физических лиц (своих работников или иных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.

Застрахованное лицо - физическое лицо, названное в договоре страхования как Застрахованное лицо, и в пользу которого заключён договор страхования

При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение о Застрахованном лице.

Лица, являющиеся на момент заключения Договора страхования инвалидами I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ); нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность; находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и (или) здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями); проходящие службу в вооруженных силах;

находящиеся в местах лишения свободы; имеющие на дату заключения Договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, — могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

Выгодоприобретатель – любое физическое или юридическое лицо, названное в договоре страхования с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты по одному или нескольким страховым рискам.

Страхователь в течение действия договора страхования может заменить Выгодоприобретателя другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица, письменно уведомив об этом Страховщика. При отсутствии такого согласия Договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

Если Выгодоприобретатель не будет назначен, то Выгодоприобретателем признается Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – его наследник (наследники).

В случае если Выгодоприобретателями являются несколько лиц, должна быть указана абсолютная или относительная величина страховых выплат, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в договоре страхования, то при наступлении страховых случаев страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из Выгодоприобретателей.

Страховой риск - предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховая сумма - денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховых выплат при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору страхования.

Страховая выплата — денежная сумма в пределах установленной Договором страхования страховой суммы, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении предусмотренного Договором страхования страхового случая. Общий размер страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленной для Застрахованного лица общей страховой суммы.

Срок действия Договора страхования — срок, на который заключается Договор страхования.

Срок страхования — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение указанного периода времени. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования совпадает со сроком действия договора страхования.

Выжидательный период (период ожидания) — период времени, в течение которого наступившее событие, на случай наступления которого производится страхование, не

будет рассматриваться как страховой случай. После окончания Выжидательного периода случай будет рассматриваться как страховой в соответствии с условиями Договора страхования.

Страховые тарифы — ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

Страховая премия — денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов.

Несчастный случай — фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой телесное повреждение, или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием состояний, заболеваний или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), острые респираторные заболевания, инфекционные заболевания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В рамках настоящих Правил страхования к последствиям несчастного случая относятся: травмы, переломы, ушибы, ранения, разрывы, ожоги, отморожение, поражение электротоком, попадание в дыхательные пути инородного тела, травмы, полученные при движении средств транспорта, в результате нападения злоумышленников, животных (насекомых, пресмыкающихся), падения какого либо предмета на Застрахованного, падения самого Застрахованного, внезапное удушение, отравление химическими веществами и ядами отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм), за исключением пищевой токсикоинфекции, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Болезнь (заболевание) - нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов впервые в период действия Договора страхования.

Хирургическая операция - под хирургической операцией понимают воздействие на органы или ткани человека, которое врач проводит с целью диагностики, лечения или коррекции функций организма. В рамках настоящих Правил к хирургическим операциям относятся операции, проведенные вследствие несчастного случая или болезни, произошедшего/диагностированной в течение срока страхования.

Смерть - прекращение физиологических функций организма, способствующих процессу его жизнедеятельности.

Госпитализация — стационарное лечение Застрахованного в круглосуточном стационаре, расположенном на территории Российской Федерации (если иная территория не предусмотрена Договором страхования), необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем или болезнью (заболеванием). При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

Также не является госпитализацией помещение Застрахованного в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

Профессиональная трудоспособность — способность к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

Утрата профессиональной трудоспособности — невозможность осуществления Застрахованным профессиональной деятельности, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта, вследствие устойчивого нарушения функций организма, носящего необратимый характер.

Степень утраты профессиональной трудоспособности — выраженное в процентах стойкое снижение способности Застрахованного осуществлять профессиональную деятельность, вследствие несчастного случая, произошедшего при исполнении служебных обязанностей, или профессионального заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Профессиональное заболевание — хроническое или острое заболевание Застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности.

Территория страхования — территория, на которую распространяется действие договора страхования и обязанности Страховщика по страховой выплате при наступлении страхового случая.

Дорожно-транспортное происшествие (далее ДТП) — в рамках настоящих правил под ДТП понимается событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и/или с его участием, при котором погибли или пострадали люди.

Дорога — обустроенная или приспособленная и используемая для движения транспортных средств полоса земли либо поверхность искусственного сооружения. Дорога включает в себя одну или несколько проезжих частей, а также трамвайные пути, тротуары, обочины и разделительные полосы при их наличии.

Транспортное средство — устройство, предназначенное для перевозки по дорогам людей, грузов или оборудования, установленного на нем.

Участник (жертва) ДТП — пострадавшее (погибшее) в результате ДТП лицо, принимавшее непосредственное участие в процессе движения в качестве водителя транспортного средства, пешехода, пассажира транспортного средства.

Франшиза — предусмотренная Договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, которая устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

А) Условная франшиза — часть убытка, не подлежащая возмещению Страховщиком, и вычитаемая при расчете страхового возмещения из общей суммы выплаты, если размер убытка не превышает установленный договором размер франшизы. В случае превышения данной величины, страховое возмещение выплачивается в полном объеме.

Б) Безусловная франшиза — часть убытка, не подлежащая возмещению Страховщиком ни при каких условиях. При безусловной франшизе убыток во всех случаях возмещается за вычетом установленной франшизы из общей суммы выплаты.

В) Временная франшиза — период времени определенной длительности в течение срока страхования, освобождающий Страховщика от обязательства по осуществлению страховой выплаты по убыткам, произошедшим в период действия установленной Временной франшизы. Убытки, понесенные Страхователем/Застрахованным лицом в течение действия Временной франшизы, Страховщиком не возмещаются. События, произошедшие в течение действия Временной франшизы, страховыми случаями не признаются.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы) — чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, пандемия, эпидемия, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии.

Временная утрата общей трудоспособности — нетрудоспособность, наступившая в

период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования, сопровождающаяся невозможностью исполнять трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения непрерывного лечения последствий несчастного случая или болезни.

В период нетрудоспособности в этом случае включается период, указанный в листах нетрудоспособности, выданных Застрахованному лицу по окончании лечения.

Для неработающих Застрахованных, в том числе детей в возрасте до 18 лет и пенсионеров, под временной утратой трудоспособности понимается временное острое расстройство здоровья в результате несчастного случая или болезни в течение определенного ограниченного, непрерывного периода времени.

При отсутствии листов нетрудоспособности период нетрудоспособности определяется в соответствии со сроками лечения, указанными в справке /выписке из амбулаторной карты лечебного учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение.

Под непрерывным периодом времени (непрерывное лечение) понимается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного Застрахованным, с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем его эффективности (при назначении на прием или посещении медицинским работником). Период восстановительного (реабилитационного) лечения, санаторно-курортное лечение не учитываются как непрерывное лечение.

Периодически проводимые профилактические мероприятия (например, вакцинация против столбняка, бешенства и т. п. если это не предусмотрено Договором страхования) лечением травм не являются. Время их проведения при определении срока непрерывного лечения не учитывается.

Инвалидность — стойкое ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица вследствие нарушения здоровья в результате несчастного случая или заболевания (болезни), произошедшее в период действия Договора страхования, повлекшее необходимость социальной защиты, выраженное в установлении органом медико-социальной экспертизы (МСЭ) инвалидности I, II, III группы.

Патологические роды — роды, которые осложнены неправильным положением плода, слабостью родовой деятельности, а также когда возникает опасность для жизни матери и ребенка.

В рамках данных Правил под патологическими родами понимаются: аномалии родовой деятельности, аномалии положения и предлежания плода, выпадение пуповины, преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки, задержка частей плаценты в матке, выворот матки и послеродовое кровотечение, экстренное кесарево сечение по медицинским показаниям.

Экстренная экстирпация матки - операция, заключающаяся в удалении тела и шейки матки, в течение срока страхования.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска - смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском, которая может привести к травмам и/или профессиональным заболеваниям, переезд в другую страну на срок свыше 1 года, начало регулярных занятий травмоопасными видами спорта и отдыха, предполагающими участие в тренировках, соревнованиях объективно связанные с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ или заболевание СПИДом, а также изменение иных обстоятельств, оговоренных страховщиком (например, в письменном запросе, заявлении на страхование, договоре страхования).

Также фактором существенного увеличения степени страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

Телесное повреждение (травма) — внезапное нарушение физической целостности организма, наступившее в период действия Договора страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень телесных повреждений, последствия которых

могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в Договоре страхования в соответствии с прилагаемыми к нему таблицами страховых выплат при телесных повреждениях.

Массовый спорт — способ проведения свободного времени путем организованных и (или) самостоятельных занятий любительским спортом, а также участия в физкультурных и массовых спортивных мероприятиях (в том числе участия в спортивных соревнованиях, тренировках и сборах) в специально предназначенных для этого местах, объективно связанный с повышенной вероятностью наступления страхового события. Точный перечень видов массового спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

Профессиональный спорт — часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату, либо занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения). Точный перечень видов профессионального спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

Спортсмен — физическое лицо, занимающееся выбранными видом или видами спорта и выступающее на спортивных соревнованиях.

Спортивное соревнование — состязание среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания, проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

Медицинское учреждение - имеющая соответствующие разрешения на оказание медицинских услуг в стране регистрации лечебно-профилактическая организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. В соответствии с настоящими Правилами к Медицинским учреждениям относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства. Страховщик самостоятельно определяет медицинское учреждение и вправе заменить его без согласования со Страхователем.

Медицинские услуги — медицинская и лекарственная помощь и иные услуги, оказываемые медицинскими учреждениями Застрахованным лицам вследствие расстройства их здоровья или их состояния, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

К неправильным медицинским манипуляциям относятся - манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к причинению вреда здоровью Застрахованного лица и/или его смерти.

Критическое заболевание— болезнь (заболевание), возникшее вследствие сочетания внешнего фактора, носящего вероятностный и случайный характер (вирусы, бактерии, физические и психические факторы, природное или техногенное воздействие, др.), и ослабления защитных свойств организма по объективным, не зависящим от волеизъявления Застрахованного причинам, характеризующиеся нарушением функций многих органов и систем организма человека и повлекшие потерю трудоспособности, обозначенные в перечне критических или смертельно опасных заболеваний (Приложения № № 9, 9А, к настоящим Правилам), диагностированные и установленные у Застрахованного в течение срока действия Договора страхования. Критическое или

смертельно опасное заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одномоментное диагностирование нескольких критических или смертельно опасных заболеваний из указанных в перечне критических или смертельно опасных заболеваний в целях настоящего страхования считается одним критическим или смертельно опасным заболеванием.

Предсуществующее состояние (заболевание) — любое заболевание или состояние (симптом), которое было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного в течение 5 лет до заключения Договора страхования, являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим или смертельно опасным заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования.

Имплάνты — класс изделий медицинского назначения, используемых для вживления в организм либо в роли протезов (заменителей отсутствующих органов человека), либо в качестве корректоров для коррекции лица, ног, груди и др. частей тела, а также в качестве идентификатора (например, чип с информацией, вживляемый под кожу).

Непредвиденные расходы Застрахованного лица — расходы Застрахованного лица, связанные с восстановлением здоровья и/или предотвращением его ухудшения, определенные Договором страхования, которые Застрахованное лицо понесло или может понести в течение срока действия Договора страхования в целях предотвращения внезапных и непредвиденных событий, которые могут нанести вред здоровью Застрахованного лица, причинить ущерб его имуществу или иным охраняемым законом правам и интересам. Такими расходами могут быть:

- расходы на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п.;
- расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам Застрахованного лица, по которым его права и законные интересы были нарушены;
- расходы на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинских заключений) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд в целях защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;
- иные расходы, предусмотренные Договором.

Медицинская помощь — обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также возникновение непредвиденных расходов на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания

Электронная подпись — информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

Квалифицированной электронной подписью является электронная подпись, которая соответствует следующим требованиям:

- получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи;
- позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ;
- позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания;
- дается с использованием средств электронной подписи;
- ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате.

Для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, получившие подтверждение соответствия требованиям, установленным согласно Федеральному закону «Об электронной подписи» № 63-ФЗ от 06.04.2011г.

Мессенджер — сервис обмена мгновенными сообщениями через сеть Интернет.

Присасывание клеща – это повреждение целостности кожных покровов, нанесенное Застрахованному лицу в период действия Договора страхования в результате укуса клеща с последующей продолжительной его подкожной фиксацией.

Пластическая операция - вид хирургической операции, направленной либо на устранение деформации и дефектов какого-либо органа, ткани или поверхности человеческого тела, либо на улучшение внешности – эстетическая. Пластическая операция, в том числе, включает хирургические операции по установлению имплантов.

«Паушальная» система – это единая страховая сумма на все места в салоне автомобиля, при которой страховые выплаты за каждое застрахованное место производятся исходя из процентов, утвержденных Правилами или Договором страхования.

1.5. Условия настоящих Правил страхования, противоречащие Закону РФ от 7 февраля 1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», не применяются к правоотношениям, возникающим между Страховщиком и Потребителем по вопросам заключения, исполнения, изменения и расторжения договора страхования, заключаемого в соответствии с условиями настоящих Правил страхования.

Под Потребителем в настоящих Правилах понимается гражданин, намеренный заключить или заключивший договор страхования в соответствии с условиями настоящих Правил страхования исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

1.6. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования (выдержки и выписки из Правил), программы страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе настоящих Правил, предназначенные для заключения типовых договоров страхования с определенной категорией страхователей (застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия страхования (страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.7. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.8. В Договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения настоящих Правил не включаются в Договор страхования и не действуют в конкретных условиях страхования, могут быть включены в Договор страхования в измененном (дополненном) виде.

1.9. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями Договора страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

1.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования (страховом полисе) прямо

указывается на применение таких Правил или сами Правила (выдержки из них) изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора правил страхования должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

1.11. Отношения Сторон по Договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или Договором страхования, регулируются законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), связанные с риском:

2.1.1. Причинения вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая.

2.1.2. Возникновения у застрахованного непредвиденных расходов, связанных с восстановлением здоровья и/или предотвращением его ухудшения.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события (кроме входящих в перечень исключений):

3.1.1. «Телесные повреждения/травма в результате несчастного случая» — телесное повреждение/травма, полученное Застрахованным в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, предусмотренное Таблицей страховых выплат (Приложения к Правилам №№ 1А, 1Б, 1Г, 1Д к настоящим Правилам).

Страховое покрытие по данному риску может ограничиваться конкретными событиями, которые могут привести к телесному повреждению / травме застрахованного, например:

- телесное повреждение /травма в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования исключительно в результате разбоя (нападения в целях хищения имущества Застрахованного, совершенного с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия).

3.1.2. «Телесное повреждение/травма в результате ДТП» - травма(-ы), полученная(-ые) Застрахованным в течение срока страхования в результате ДТП, произошедшего в период действия Договора страхования, предусмотренное Таблицей страховых выплат (Приложения к Правилам №№ 1А, 1Б, 1Г, 1Д);

3.1.3. «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» - временная утрата Застрахованным общей трудоспособности, в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования;

3.1.4. «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» - временная утрата Застрахованным общей трудоспособности, произошедшая в результате несчастного случая или болезни, наступившего / диагностированной в период действия Договора страхования;

3.1.5. «Временная утрата трудоспособности в результате ДТП» - временная утрата Застрахованным общей трудоспособности, наступившая в результате ДТП, произошедшего в период действия Договора страхования;

Временная нетрудоспособность Застрахованного, предусмотренная пп.3.1.3 («временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»), п.п.3.1.4 («временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни») и п.п.3.1.5 («временная утрата трудоспособности в результате ДТП») настоящих Правил, явившаяся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признается страховым случаем,

если она наступила в течение 4 (четырёх) месяцев со дня причинения вреда здоровью Застрахованного этим несчастным случаем или болезнью, если иное не оговорено в Договоре страхования.

3.1.6. «Инвалидность I, II, III группы в результате несчастного случая или болезни» - установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы или присвоение Застрахованному ребенку (в возрасте до 18 лет) категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая и/или болезни, произошедшего/диагностированной в период действия Договора страхования.

3.1.7. «Инвалидность I, II, III группы в результате несчастного случая» - установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы или присвоение Застрахованному ребенку (в возрасте до 18 лет) категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.

3.1.8. «Инвалидность I, II, III группы в результате ДТП» - установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы или присвоение Застрахованному ребенку (в возрасте до 18 лет) категории «ребенок-инвалид» в результате ДТП, произошедшего в течение срока страхования или одного года после ДТП, произошедшего в период действия Договора страхования.

3.1.9. «Инвалидность в связи с утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» - необратимая утрата (степень утраты 40-100%) Застрахованным лицом способности к определенному труду в соответствии со своей профессией, подготовкой и квалификацией, установленная в соответствии с законодательством РФ, наступившая в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая или болезни, произошедшего / диагностированной в период действия Договора страхования.

3.1.10. «Госпитализация в результате несчастного случая или болезни» - госпитализация Застрахованного в течение срока страхования, произошедшая в результате несчастного случая или болезни, наступившего / диагностированной в период действия Договора страхования.

3.1.11. «Госпитализация в результате несчастного случая» - госпитализация Застрахованного в течение срока страхования, произошедшая в результате несчастного случая, наступившего в период действия Договора страхования.

3.1.12. «Госпитализация в результате ДТП» - госпитализация Застрахованного в течение срока страхования, произошедшая в результате ДТП, наступившего в период действия Договора страхования.

3.1.13. «Хирургические операции в результате несчастного случая и болезни» - хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции, проведённые Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страхования и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, при условии, если они сопровождались причинением Застрахованному лицу вреда здоровью, предусмотренного «Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний» (Приложения №3А, №3Б к Правилам страхования), за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями.

3.1.14. «Смерть в результате несчастного случая» - смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.

Страховое покрытие по данному риску может ограничиваться конкретными событиями, которые могут привести к смерти Застрахованного, например:

- смерть в результате несчастного случая, произошедшего исключительно в результате

разбоя (нападения в целях хищения имущества Застрахованного, совершенного с применением насилия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, либо смерть в результате патологических родов и т.п.).

3.1.15. «Смерть в результате несчастного случая или болезни» - смерть Застрахованного в результате несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая, произошедшего/диагностированной в период действия Договора страхования.

3.1.16. «Смерть в результате ДТП» - смерть Застрахованного в результате несчастного случая, в течение срока страхования или одного года после наступления несчастного случая, наступившего в результате ДТП, произошедшего в период действия Договора страхования.

3.1.17. «Критическое заболевание» - впервые диагностированное у Застрахованного лица в период действия Договора страхования критическое заболевание, предусмотренное Перечнем критических и заболеваний (Приложения №№ 9, 9А к настоящим Правилам).

3.1.17.1. При заключении Договора страхования, Страховщик и Страхователь могут договориться об исключении из страховой ответственности Страховщика отдельных заболеваний/хирургических операций из числа указанных в соответствующем Перечне критических заболеваний (Приложения №№ 9, 9А к Правилам страхования).

В случае, когда Страховщик и Страхователь пришли к соглашению о сокращении соответствующего Перечня критических заболеваний или использования только какого-то из указанных Перечней (Приложения №№ 9, 9А к Правилам страхования), Страховщик несёт ответственность в соответствии с условиями Договора страхования, только за те заболевания/хирургические операции, которые прямо указаны в этом Договоре страхования.

В Договоре страхования может быть установлен период ожидания или выжидательный период, до истечения которого диагностирование критического заболевания и/или проведение хирургической операции у Застрахованного лица не будет расцениваться как страховой случай. При заключении Договора страхования на новый срок период ожидания в отношении лица, застрахованного ранее по страховому риску «Критическое заболевание», по соглашению Страховщика и Страхователя может не применяться.

Если Страховщик и Страхователь прямо не оговорили в Договоре страхования иное, то период ожидания или выжидательный период составляет 30 дней со дня начала действия страхования.

3.1.18. «Инфекционное заболевание» - впервые диагностированное у Застрахованного лица в период действия Договора страхования инфекционное/инфекционно-вирусное заболевание, из числа включённых по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по Договору страхования и предусмотренных пунктом 3.6 Правил страхования.

В Договоре страхования может быть приведён перечень заболеваний (болезней), в том числе инфекционных и/или инфекционно-вирусных заболеваний, которые (последствия которых) могут быть признаны страховыми случаями в соответствии с условиями Договора страхования.

В Договоре страхования может быть установлен период ожидания, до истечения которого диагностирование инфекционного, инфекционно-вирусного заболевания или иного заболевания у Застрахованного лица не будет расцениваться как страховой случай. При заключении Договора страхования на новый срок период ожидания в отношении лица, застрахованного ранее по нему, по соглашению Страховщика и Страхователя может не применяться.

3.1.19. «Инвалидность I, II, III группы в результате инфекционного заболевания» - первичное установление Застрахованному лицу инвалидности вследствие инфекционного, инфекционно-вирусного заболевания, развившегося и диагностированного у Застрахованного лица в период действия страхования, из числа

включённых по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по Договору страхования и предусмотренных пунктом 3.6 Правил страхования.

3.1.20. «Смерть в результате инфекционного заболевания» - смерть Застрахованного лица в период действия страхования вследствие инфекционного, инфекционно-вирусного заболевания, развившегося и диагностированного у Застрахованного лица в период действия страхования, из числа включённых по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по Договору страхования и предусмотренных пунктом 3.6 Правил страхования.

3.1.21. «Диагностирование укуса клеща» – непредвиденные расходы Застрахованного, связанные с диагностикой укуса клеща и/или извлечением клеща и /или проведением мероприятий, направленных на предупреждение или минимизацию последствий после укуса клеща, в течение срока действия страхования, при условии, что указанные в договоре мероприятия проведены в медицинском учреждении, не позднее периода, указанного в договоре после укуса, но в любом случае не позднее 96 часов.

3.1.22. «Облучение опасное для здоровья» – профессиональное, аварийное или незапланированное радиационное (ионизирующее) облучение Застрахованного лица дозами более 200 мЗв (20 бэр) в год в период действия страхования.

Факт профессионального, аварийного или незапланированного радиационного (ионизирующего) облучения подтверждается актом, составленным уполномоченным государственным органом в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.1.23. «Причинение вреда здоровью в результате медицинских манипуляций» – проведение Застрахованному лицу неквалифицированных, либо неосторожных медицинских манипуляций, оперативных вмешательств, вследствие которых у Застрахованного лица возникли непредвиденные внезапные осложнения здоровья, предусмотренные Таблицей выплат, являющейся приложением № 9 «Г» к настоящим Правилам страхования, состоящие в причинно-следственной связи с медицинским вмешательством и обусловленные несовершенством медицинской технологии, индивидуальными особенностями организма или недостаточно корректным применением медицинской технологии.

Проведение медицинских манипуляций, оперативных вмешательств, в результате которых у Застрахованного лица установлены осложнения здоровья, является страховым случаем, если осложнения здоровья установлены в течение 3 месяцев со дня проведения в период действия договора страхования Застрахованному лицу медицинских манипуляций, оперативного вмешательства, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.2. Наступление критического заболевания не является страховым случаем, если оно явилось следствием развития у Застрахованного болезни, квалифицируемой как предшествующие состояние, указанное в Приложении № 9 к настоящим Правилам, за исключением случаев, когда Договоры страхования в отношении Застрахованного непрерывно действовали не менее 2 (двух) лет и страховых выплат по имеющемуся предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось.

3.3. В «Перечень критических заболеваний» (Приложения №№ 9, 9А, к настоящим Правилам) могут быть внесены изменения, направленные как на расширение, так и на сужение указанного Списка / Перечня. Данные изменения должны быть зафиксированы в Договоре страхования.

3.4. При наступлении критического заболевания Страховщик вправе отложить страховую выплату до получения заключения назначенного Страховщиком врача-эксперта, подтверждающего правильность поставленного Застрахованному диагноза.

3.5. Если в ответственность по Договору страхования включено заболевание (болезнь) и/или его (ее) последствия, то для признания заболевания (болезни) Застрахованного лица и/или его (ее) последствий страховым случаем, заболевание (болезнь) должно впервые развиться и впервые быть диагностировано (а) у Застрахованного лица в период действия в отношении него Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

В договоре страхования может быть приведен перечень заболеваний (болезней), в том числе инфекционных которые (последствия которых) могут быть признаны страховыми случаями в соответствии с условиями Договора страхования.

3.6. Для страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.16 – 3.1.20 Правил страхования предусматриваются следующие комбинации инфекционных/ инфекционно–вирусных болезней по вариантам, если иное не предусмотрено Договором страхования:

Вариант 1: заболевание ботулизмом, бруцеллезом, брюшным тифом, паратифом (независимо от типа), вирусным гепатитом, за исключением типа «А», трихинеллезом, холерой, заболевание геморрагической лихорадкой (независимо от вида), клещевым боррелиозом, менингококковой инфекцией, вирусным клещевым энцефалитом (энцефаломиеелитом), бешенством, дифтерией, полиомиелитом, столбняком, эпидемическим паротитом, ящуром, сибирской язвой, чумой, натуральной оспой, эпидемическим сыпным тифом, туляремией, мелиоидозом, пситтакозом, Q-лихорадкой, «птичьим» гриппом, «свиным» гриппом, туберкулёзом.

Вариант 2: заболевание ботулизмом, бруцеллезом, брюшным тифом, паратифом (независимо от типа), вирусным гепатитом, за исключением типа «А», трихинеллезом, холерой.

Вариант 3 заболевание геморрагической лихорадкой (независимо от вида), клещевым боррелиозом, менингококковой инфекцией, вирусным клещевым энцефалитом (энцефаломиеелитом).

Вариант 4: заболевание бешенством, дифтерией, полиомиелитом, столбняком, эпидемическим паротитом, ящуром, сибирской язвой, чумой, натуральной оспой, эпидемическим сыпным тифом, туляремией, мелиоидозом, пситтакозом, Q-лихорадкой, «птичьим» гриппом, «свиным» гриппом.

Вариант 5: заболевание вирусным гепатитом, за исключением типа «А», туберкулёзом, холерой.

Вариант 6: инфекционно-вирусные заболевания: краснуха, желтая лихорадка, корь, семейство коронавирусов, грипп.

3.7. Дополнительно к одному из рисков или группе рисков п.п.3.1 настоящих Правил по соглашению сторон по Договору страхования может быть застрахован риск **«Непредвиденные расходы»** – возникновение непредвиденных расходов у Застрахованного на медицинские и/или иные услуги, предусмотренные Договором страхования или Программой страхования, в связи с состоянием здоровья Застрахованного, вызванного наступлением одного из страховых рисков, указанных в Договоре страхования, либо непредвиденных расходов, необходимых для проведения реабилитационных мер, направленных на восстановление функций организма, нарушенных в результате перенесенного заболевания, операции, травмы. Реабилитационные меры могут быть направлены на восстановление как физического, так и психического здоровья пациента.

3.8. **«Непредвиденные расходы, связанные с вторичным хирургическим вмешательством»** - непредвиденные расходы, связанные с вторичным хирургическим вмешательством в связи с внезапным осложнением, возникшим после пластической операции, включая операции по установке имплантов.

Непредвиденные расходы, которые понес Застрахованный в связи с вторичной операцией, вызванной внезапным осложнением, оплачиваются Страховщиком, если осложнение, в связи с которыми необходимо повторное хирургическое вмешательство, возникло в период действия Договора страхования не позднее 60 дней после первичной пластической операции, если иное не обусловлено Договором страхования.

Если осложнения произошли по причине:

- неквалифицированных действий врачей и медицинского персонала во время проведения пластической операции/ манипуляции, включая применение лекарств, не подходящих Застрахованному (пациенту);
- неосторожных действий врачей и /или медицинского персонала;
- несовершенства примененной технологии при операции;

- установки некачественных имплантов;
- травмы, полученной пациентом, либо любого события, приведшего к повреждению импланта;
- особенностей организма, в связи с чем, возникает воспалительный процесс и/или отторжение установленного импланта.

3.9. Договором страхования может предусматриваться страхование как одного из рисков, так и любого их сочетания.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения (обеспечения) в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также в случаях:

- 4.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;
- 4.1.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок и их последствий;
- 4.1.4. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая.

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по настоящим Правилам не признаются страховыми случаями события, перечисленные в п.3.1 настоящих Правил, произошедшие вследствие:

4.2.1. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица в течение первых двух лет действия Договора страхования, а также травм и заболеваний, полученных в результате покушения на самоубийство, в течение действия Договора страхования, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

4.2.2. умышленного членовредительства Застрахованного лица, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.2.3. нарушения здоровья Застрахованного лица, причиной которого явился доказанный в установленном законодательством Российской Федерации порядке факт совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

4.2.4. несчастных случаев или болезней, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения или исполнения судебного акта (за исключением случаев, произошедших с сотрудниками пенитенциарных учреждений);

4.2.5. несчастного случая или заболевания в период несения Застрахованным лицом действительной службы в любых вооруженных силах любого государства либо непосредственного участия в военных учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, сотрудника правоохранительных органов, либо гражданского служащего, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;

4.2.6. алкогольного отравления Застрахованного лица, в том числе хронической алкогольной интоксикации, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате употребления им наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния в результате противоправных действий третьих лиц и если компетентными органами установлен факт ошибочного либо вынужденного употребления указанных веществ.

4.2.7. заболеваний, вызванных употреблением алкоголя (например, алкогольная

кардиомиопатия, алкогольный панкреатит, алкогольный цирроз печени и т.д.), наркотических или токсических веществ.

4.2.8. события, произошедшего с Застрахованным лицом, находившемся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, когда доказана причинно-следственная связь между состоянием алкогольного, наркотического или токсического опьянения и наступившим событием;

4.2.9. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством, аппаратом без права на такое управление и/или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также передачи управления лицу, заведомо для Застрахованного лица не имевшему права управления или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; занятий опасными видами спорта и активного отдыха (авиаспорт (включая дельта – и парапланеризм), автоспорт, альпинизм и скалолазание, бейсджампинг, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), прыжки на лыжах (с трамплина, с вертолета), горнолыжный спорт по неподготовленным трассам, ски-кросс, дайвинг в подводных пещерах, каякинг, прыжки с парашютом, паркур, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спидвей, виндсерфинг, фридайвинг, фристайл, катание на моторных лодках, катамаранах, плотам и маломерных судах; езда на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизированном транспортном средстве);

4.2.10. ДТП / террористического акта / авиакатастрофы / кораблекрушения, произошедших до заключения Договора страхования;

4.2.11. заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место до начала срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты), о которых Страховщик не был поставлен в известность заранее, до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда данный фактор риска был указан в заявлении на страхование при заключении Договора и указан в самом Договоре с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;

4.2.12. заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место после окончания срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты);

4.2.13. участия Застрахованного в любых авиационных перелетах или перемещениях на водных судах, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, за исключением перемещений его в качестве пассажира воздушного / водного судна, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого членами экипажа воздушного / водного судна, имеющими соответствующий сертификат;

4.2.14. случаев, произошедших вследствие нервных или психических заболеваний, или расстройств (включая эпилепсию), а также несчастных случаев, произошедших с Застрахованными, которые страдают, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;

4.2.15. лечения, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционные практики;

4.2.16. несоблюдения Застрахованным рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима; отказа Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к смерти, инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления;

4.2.17. заболевания Застрахованного лица СПИДом или ВИЧ-инфекцией, а также заболеваний, прямо или косвенно связанных с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. При этом данное исключение не распространяется на случаи заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей;

4.2.18. применения Застрахованным лицом лекарственных веществ без назначения

врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет по отношению к себе или поручает другому лицу без назначения врача;

4.2.19. заболеваний и состояний, которые указаны как исключения из страхового покрытия;

4.2.20. нарушения Застрахованным требований по охране труда и обеспечению безопасности труда;

4.2.21. госпитализации или проведения хирургической операции Застрахованному в связи с заболеванием/несчастным случаем, диагностированным/произошедшим до заключения Договора страхования, за исключением, если по соглашению сторон последствия/осложнения после хирургических операций не принимаются на страхование;

4.2.22. госпитализации или проведения хирургической операции Застрахованному для проведения его медицинского обследования; проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, помещение Застрахованного в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения, если эти расходы не покрываются Договором страхования;

4.2.23. госпитализации или проведения хирургической операции Застрахованному в связи с попыткой совершить самоубийство, независимо от срока действия Договора страхования на момент наступления страхового случая, за исключением когда Застрахованное лицо было доведено до попытки самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

4.2.24. медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим страховым случаем; пищевых токсикоинфекций, патологических переломов, привычных и/или повторных вывихов, подвывихов, врожденных заболеваний, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;

4.2.25. использования транспортных средств категорий А, М с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см в качестве средства передвижения, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.

4.2.26. диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания и/или проведение хирургической операции, если в течение первых 30 дней со дня установления диагноза и/или проведение хирургической операции наступает смерть Застрахованного лица.

Не признается страховым случаем диагностирование критического заболевания, причиной которого является предсуществующее состояние (заболевание), за исключением если заболевание или состояние (симптом), являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования, было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного более чем за 5 лет до заключения Договора страхования, и в течение 5 лет до даты заключения Договора страхования не проявлялось (не проявлялись симптомы или не требовалось лечение) или было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного менее чем за 5 лет до заключения Договора страхования, при этом Договоры страхования в отношении Застрахованного лица непрерывно действовали не менее 2 (двух) лет и страховых выплат по данному предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось, такое заболевание (состояние, симптом) не является предсуществующим состоянием (заболеванием), если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2.27. выполнения Застрахованным лицом служебных и (или) профессиональных обязанностей повышенного риска, объективно связанных с высокой вероятностью наступления страхового события, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего

коэффициента;

4.2.28. занятия Застрахованным лицом массовым, профессиональным спортом, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента. Если в Договоре страхования предусмотрено занятие Застрахованного лица массовым или профессиональным спортом, то не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком обращения, связанные с несоблюдением Застрахованным лицом техники безопасности, нарушением правил эксплуатации и (или) нецелевым использованием оборудования во время занятий, неисполнением требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятием Застрахованным лицом массовым или профессиональным спортом.

4.2.29. причин, прямо или косвенно вызванные психических, психоневротических или эпилептических приступов и расстройств здоровья, и связанных с этих изменений личности и/или характера и/или поведения:

а) про которые Застрахованное лицо знало, и было обязано предупредить Страховщика до заключения договора страхования (страхового полиса) и/ или

б) по которым Застрахованное лицо получало ранее лечение или консультации.

4.2.30. иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

4.3. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п.3.1.4, 3.1.6, 3.1.0, 3.1.13, 3.1.15, 3.1.17, настоящих Правил, не признаются страховыми случаями события, происшедшие в результате:

4.3.1. онкологического заболевания;

4.3.2. заболевания центральной или периферической нервной системы;

4.3.3. заболевания сердечно-сосудистой системы, крови, кроветворных органов (ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма и т.д.);

4.3.4. заболевания печени (гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии и т.д.) и ЖКТ в терминальной стадии;

4.3.5. заболевания дыхательной системы (ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, туберкулез и т.п.);

4.3.6. заболевания кишечника, желудка, почек;

4.3.7. любого врожденного заболевания;

4.3.8. заболеваний, связанных с беременностью и родами и/или их осложнения.

4.3.9. По страховому риску, указанному в п.п.3.1.14 Правил страхования (страховой риск «Хирургические операции в результате несчастного случая и болезни») если иное не оговорено договором, также не являются страховыми случаями события, произошедшие в следствие (в результате):

- хирургической операции, связанной с беременностью и родами, абортами, операции по смене пола, стерилизации;

- имплантацией, удалением, восстановлением зуба, и другими операциями на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования);

- оперативным лечением ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, вскрытием воспалений кожи, тканей и суставов, удалением шовного материала, пластической и косметической операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования);

- хирургической операции, прямо или косвенно связанной с заболеванием СПИДом, диагностики методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, удаления непролиферирующих опухолей in-situ, операции, связанной со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы.

4.4. Решение об отказе признания случая страховым (отсутствии оснований для страховых выплат) сообщается Выгодоприобретателю (Страхователю, Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин.

4.5. Основания для отказа в страховой выплате.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- 4.5.1. если Договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- 4.5.2. если страховой случай в действительности не имел места или не подтвержден соответствующими документами;
- 4.5.3. если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного Договором страхования;
- 4.5.4. если наступившее событие исключено из страхования (в соответствии с условиями Правил страхования и/или Договора страхования);
- 4.5.5. если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством РФ.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма — денежная сумма, определенная Договором страхования, в пределах которой Страховщик производит страховую выплату при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма или способ её определения для каждого Застрахованного лица устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (страховом полисе). Страховая сумма может быть установлена для Застрахованного лица в виде единой суммы по всем рискам или индивидуально определенной по каждому риску, что отражается в Договоре страхования.

5.3. При установлении единой страховой суммы по страховым рискам, в Договоре страхования по любому из этих рисков может быть установлен лимит ответственности Страховщика, исходя из размера которого, будет определяться размер страховой выплаты при наступлении с Застрахованным лицом соответствующего страхового случая (именуемый в дальнейшем – сублимит страховой суммы).

5.4. При заключении Договора страхования в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску) может указываться в Договоре страхования, если они одинаковые, или в Списке Застрахованных лиц, если они отличаются. Список Застрахованных лиц прилагается к Заявлению о страховании либо Договору страхования и является составной и неотъемлемой частью Договора страхования.

5.5. Если объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью застрахованных пассажиров и водителя транспортного средства, а также с их смертью в результате несчастного случая, страховая сумма является агрегатной, если иное не предусмотрено Договором страхования, и устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.6. Договор страхования по соглашению Страхователя и Страховщика может быть заключен: по «системе мест», по «паушальной системе».

5.6.1. При заключении Договора страхования «по системе мест» страховая сумма устанавливается в одинаковом размере, в расчете на каждое место в транспортном средстве, на котором может находиться Застрахованное лицо (водитель, пассажир). Количество таких мест («застрахованных мест») не может превышать максимального количества посадочных мест в транспортном средстве в соответствии с нормативами, установленными заводом-изготовителем и указанными в паспорте транспортного средства

5.6.2. При заключении договора страхования «по паушальной системе» устанавливается общий размер страховой суммы для всех Застрахованных лиц. Численность Застрахованных лиц не может превышать допустимого количества посадочных мест в транспортном средстве, в соответствии с нормативами, установленными заводом - изготовителем. Размер страховой суммы для каждого из Застрахованных лиц определяется в виде доли от общей страховой суммы. При этом размер страховой суммы для Застрахованного лица определяется после наступления страхового случая и составляет, если иное не оговорено в Договоре страхования:

- 40 % общей страховой суммы, если пострадало одно Застрахованное лицо;
- 35 % общей страховой суммы, если пострадали два Застрахованных лица;
- 30 % общей страховой суммы, если пострадали три Застрахованных лица;
- долю общей страховой суммы в процентах, составляющую результат, полученный от деления 100 % общей страховой суммы на общее число пострадавших – если пострадали четыре и более Застрахованных лица.

5.7. По соглашению Сторон страховая сумма в период страхования может быть увеличена или уменьшена, при этом, Страховщик производит перерасчет страховой премии. Увеличение и уменьшение страховой суммы оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.8. По рискам непредвиденных расходов Застрахованного страховая сумма устанавливается как лимит ответственности Страховщика в размере суммы расходов, которые бы мог понести Застрахованный на медицинские или иные расходы, необходимые для восстановления здоровья после страхового случая или потребовавшиеся на вторичную хирургическую операцию, связанную с осложнением после первой пластической операции, включая расходы по реабилитации.

5.9. Страховщик вправе устанавливать максимальный / минимальный размер страховой суммы в зависимости от условий страхования, при этом Страховщик вправе отказать Страхователю в изменении условий Договора страхования, если требования Страхователя не удовлетворяют установленным Страховщиком ограничениям относительно минимального / максимально размера страховой суммы.

5.10. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты по размеру страховых сумм и/или количеству выплат по отдельным видам рисков, перечисленных в п.п.3.1, 3.2 настоящих Правил.

5.11. В случае если это специально указано в Договоре страхования, страховая сумма по договору может устанавливаться не агрегатная, т.е. автоматически восстанавливаемая после выплаты по каждому страховому случаю, если прямого указания нет, то страховая сумма по Договору страхования устанавливается агрегатной.

5.12. Страховщик вправе устанавливать количество страховых случаев, после выплаты по которым возможно автоматическое восстановление страховой суммы до суммы, установленной договором.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

6.1. Страховая премия представляет собой плату за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается исходя из страховой суммы на основе разработанных Страховщиком страховых тарифов с учетом характера страхового риска, срока страхования, пола, возраста Застрахованного. Страховщик имеет право применять к страховым тарифам индивидуальные повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, в том числе связанных с состоянием Здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельностью, образом жизни, увлечениями и способами проведения досуга и т.д.

6.2. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок уплаты страховой премии (страховых

взносов) устанавливаются Договором страхования (дополнительными соглашениями к нему).

6.3. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем (Выгодоприобретателем) в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.4. Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными средствами Страховщику (его уполномоченному представителю) или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

6.5. Днем уплаты страховой премии (взноса при уплате в рассрочку) считается:

- при оплате юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем в безналичном порядке – день поступления денежных средств на счет Страховщика (его представителя), если иное не указано в Договоре страхования;

- при оплате Потребителем в безналичном порядке - момент подтверждения исполнения перевода обслуживающей Страхователя (Потребителя) кредитной организацией;

- при оплате наличными денежными средствами – момент уплаты денежных средств Страховщику или его представителю;

- при оплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – момент уплаты денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

6.6. Стороны установили, что неуплата страховой премии, первого или очередного страхового взноса Страхователем (Выгодоприобретателем) в установленный Договором страхования срок является для сторон Договора страхования выражением воли Страхователя (Выгодоприобретателя) на отказ от Договора страхования. При этом Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания, установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии, очередного страхового взноса, которая не была уплачена полностью или частично, если Договором страхования не установлено иное; при этом ранее уплаченная часть страховой премии возврату не подлежит.

Если иного не предусмотрено Договором страхования, о досрочном прекращении страхования Страховщик письменно не уведомляет Страхователя.

6.7. Если иное не установлено Договором страхования, то устанавливаются следующие последствия неуплаты страховой премии (первого страхового взноса), очередного страхового взноса:

6.7.1. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в случае если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате до начала Периода действия Договора страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.7.2. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) в Период действия Договора страхования, а также очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные Договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п.6.6 настоящих Правил.

При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого действовал Договор страхования. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения Договора страхования по причинам, указанным в п.6.7.2 настоящих Правил.

6.8. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии/ 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 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.

6.9. Страховщик вправе предусмотреть в Договоре страхования иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме, если в Договоре страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку.

При этом Договором страхования с физическим лицом (кроме договоров страхования, связанных с осуществление предпринимательской деятельности индивидуальными предпринимателями) могут быть предусмотрены следующие последствия:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение Договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий Договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения должен быть указан в Договоре страхования.

6.10. В случае оплаты страховой премии после прекращения Договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты расторжения, возвращаются Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты поступления средств на счет Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.11. По поручению Страхователя страховую премию (страховые взносы) может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает.

6.12. С согласия Страховщика Страхователь вправе изменить порядок уплаты страховых взносов путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

6.13. Договор страхования заключается на любой согласованный Сторонами срок. Договор страхования может быть заключен на срок менее одного года (краткосрочный договор), один год (годовой договор) или на срок более одного года (долгосрочный договор).

6.14. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

6.15. Если в течение срока страхования происходят изменения в обстоятельствах, существенно влияющих на изменение вероятности наступления страхового случая с Застрахованным, Страховщик после получения соответствующей информации и подтверждающих это документов вправе потребовать изменить размер подлежащей уплате страховой премии или размер страховой суммы по Договору соразмерно увеличению степени риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Если Страхователь не согласен с вышеуказанными изменениями Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторгнуть Договор страхования.

6.16. В Договоре страхования может быть предусмотрен Период ожидания в отношении рисков, указанных в п.п.3.1 настоящих Правил. При этом продолжительность Периода ожидания может устанавливаться различной в отношении различных страховых рисков. Длительность Периода ожидания устанавливается в Договоре страхования.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки - разборчивое заполнение.

В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

Заявление о заключении Договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью Договора страхования.

7.2. В случае если Страховщик устанавливает дополнительные условия для заключения Договора страхования, он обязан уведомить Страхователя о таких условиях и о порядке их выполнения. К таким условиям, в частности, относятся медицинское обследование лица, в отношении которого заключается Договор страхования.

7.3. Заключая (подписывая) Договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования), Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами, приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее - ПД) и дают согласие Оператору ПД — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в Договоре страхования) — на обработку своих персональных данных в целях:

- 1) подготовки заявления о заключении Договора страхования;
- 2) формирования и дальнейшего исполнения Договора страхования;
- 3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь этим, по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик));
- 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними Договоров;
- 5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Обработка персональных данных включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц, указанных в Договоре страхования.

Настоящее согласие предоставляется на срок до 5 (пяти) лет либо до момента его отзыва.

Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в Договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц.

В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.

Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3.1. Отношения Сторон по Договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или Договором страхования, регулируются законодательством Российской Федерации.

7.3.2. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанных в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:

- в виде СМС-сообщения или сообщения, направленного посредством мессенджера, по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- почтовым, телеграфным или иным письменным отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

7.3.3. Если в заявлении о выплате страхового возмещения или Договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, то уведомление осуществляется по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения, при отсутствии электронного адреса — простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре страхования.

7.3.4. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

7.3.5. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя, Застрахованного лица с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя, Застрахованного лица.

7.3.6. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

7.4. Для принятия решения о заключении Договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений, позволяющих оценить степень принимаемого на страхование риска:

7.4.1. предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений о состоянии здоровья Застрахованного, в том числе заполнения соответствующих форм анкет; прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования либо требовать медицинские документы от медицинского учреждения, где проходил лечение или наблюдался Застрахованный, для оценки фактического состояния его здоровья. Все предоставляемые документы медицинского характера и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью ЛПУ;

7.4.2. предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений финансового характера, документов и сведений о наличии кредита, займа и иных

финансовых обязательств у Страхователя (Застрахованного), документов и сведений о наличии у Застрахованного движимого или недвижимого имущества, документов и сведений о профессиональной деятельности, в том числе заполнения соответствующих форм анкет:

- Справки по форме государственных учреждений, содержащие сведения о доходах Страхователя (Застрахованного);
- Справка о доходах по форме банка, банковская выписка/справка о суммарных ежемесячных оборотах по расчётным и текущим счетам с отображением остатка средств на счёте;
- Налоговая декларация с подтверждением приёма или отправки в налоговый орган (декларация по налогу на доходы физических лиц, по налогу, уплачиваемому в связи с применением упрощённой системой налогообложения и т.д.);
- Справка о сумме полученных дивидендов и протокол собрания акционеров (учредителей) о выплате дивидендов;
- Справка с места/мест работы Застрахованного, подтверждающая факт работы Застрахованного в данной организации с указанием занимаемой должности, стажа работы и размера оклада;
- Справка с места/мест работы Застрахованного о нахождении сотрудника в декретном отпуске/отпуске по уходу за ребенком;
- Копия трудовой книжки, заверенная работодателем, или выписка из трудовой книжки, заверенная работодателем, копия пенсионного удостоверения;
- Копия трудового договора/контракта/договора-подряда, копия авторского договора;
- Копия лицензии, если профессиональная деятельность Застрахованного требует специальных лицензий;
- Копия свидетельства о государственной регистрации физического лица как индивидуального предпринимателя;
- Устав предприятия, Учредителем (акционером) которого является Застрахованный;
- Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц;
- Копия выписки из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП); копия уведомления о постановке на учет физического лица в налоговом органе;
- Договор найма/аренды движимого и недвижимого имущества, платёжные документы, подтверждающие уплату налогов и сборов по договорам аренды/найма;
- Лицензия на занятие отдельными видами деятельности, если она подлежит лицензированию в соответствии с действующим законодательством РФ;
- Справка/выписка из личного дела о прохождении военной службы/ работы в правоохранительных органах (если подразделение Застрахованного по месту службы не является секретным);
- Кредитные договоры, Договоры об открытии возобновляемой или не возобновляемой кредитной линии, Договоры поручительства, залога, займа, ипотеки и иные Договоры, обуславливающие взаимоотношения Застрахованного с банком или иной другой кредитной организацией; решение кредитного комитета о выдаче кредита, справки из банка о задолженности/погашении задолженности по кредитному договору, а также платёжной дисциплине Застрахованного.

Все предоставляемые документы и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью выдавшего учреждения.

7.4.3. предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) документов и сведений о персональных данных:

- Копия общегражданского паспорта;

- Копия свидетельства о рождении;
- Копия свидетельства о браке/разводе.

7.4.4. предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений о занятиях спортом на любительской, профессиональной или разовой основе, а также документов и сведений об активном отдыхе, в том числе заполнения соответствующих форм анкет:

- Справки из спортивного учреждения (клуба), подтверждающие занятие спортом (с указанием конкретного вида спорта), интенсивности спортивной нагрузки, с указанием количества соревнований, в которых предполагается участие Застрахованного;

- Заявочный лист допуска команды на участие в соревнованиях;

- Копия лицензии спортивной организации, членом которой является Застрахованный;

- Копия лицензии Застрахованного, если вид спортивной деятельности Застрахованного требует специального лицензирования.

7.5. Если в Договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования (страховом полисе), либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо Договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети "Интернет", либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

В случаях если согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – Официальный сайт Страховщика), допускается предоставление Страхователем документации для изменения, расторжения (прекращения) Полиса в электронном виде, Страхователь может предоставить Страховщику соответствующие документы в виде электронных документов с использованием официального сайта Страховщика в порядке, указанном на Официальном сайте Страховщика.

В случае предоставления Страхователем информации для заключения Договора страхования не в виде подписанного Страхователем документа в бумажном виде или не в виде электронного документа, предоставленного с использованием официального сайта Страховщика, такая информация считается предоставленной Страхователем устно.

7.6. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование объекта страхования.

Заключение договора страхования на основе недостоверных или ложных сведений, предоставленных Страхователем, влечет за собой право Страховщика потребовать признания недействительным договора страхования и применить последствия, предусмотренные законодательством РФ.

7.7. В договоре страхования могут быть определены конкретные периоды действия страховой защиты в отношении Застрахованного лица:

- 24 часа в сутки (круглосуточно);
- при исполнении им своих служебных обязанностей;
- при исполнении им своих служебных обязанностей, включая дорогу на работу и с работы;
- при совершении им каких-либо специфических действий (например, участия в соревнованиях и тренировочных занятиях и т.п.);
- на время его поездки в качестве пассажира (туриста-экскурсанта) на транспорте, который указан в Договоре страхования;
- на время его нахождения на отдыхе по санаторно-курортной путевке;
- на время пребывания его в месте, определенном в Договоре страхования.

7.8. По соглашению Страховщика и Страхователя ответственность Страховщика может быть ограничена определённой территорией страхования, временем действия страховой защиты и другими условиями, предусмотренными в Договоре страхования и не противоречащими законодательству РФ.

7.9. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем, либо путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающим полномочия данного лица.

Направление Договора страхования посредством сетей электросвязи способом и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, является надлежащим вручением Договора страхования Страхователю. При этом Страховщик и Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Договор страхования на бумажный носитель. В случае заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя, согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Полиса и/или оплатой страховой премии.

При заключении коллективного Договора страхования Страховщик вправе выдавать каждому Застрахованному индивидуальные страховые полисы/сертификаты/памятки, подтверждающие факт существования Договора в отношении такого Застрахованного.

При этом Страховщик оставляет за собой право использования факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика в Страховом Сертификате. В случае несоответствия содержания настоящего Договора страхования и Страхового Сертификата преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

7.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой уплаты премии (при единовременной уплате страховой премии) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку).

7.11. Отдельные положения Договора страхования могут быть оформлены на отдельных листах в виде Оговорок к договору (полису).

7.12. Любые изменения условий Договора страхования оформляются в письменной форме на основании дополнительного соглашения к договору (полису), могут быть составлены и направлены Страхователю в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Дополнения и Оговорки являются неотъемлемыми частями Договора страхования (полиса).

7.13. В случае утери экземпляра Договора страхования (полиса) в период его

действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат. После выдачи дубликата утраченный Договор страхования (полис) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

7.14. Договор страхования может быть составлен и направлен Страхователю в виде электронного документа – Полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Полис (свидетельство, сертификат, квитанция), подписанный квалифицированной электронной подписью Страховщика, может быть направлен Страхователю на указанный им адрес электронной почты путем размещения в Личном кабинете, сформированном Страхователем, либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, а также иными способами, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации.

7.15. В рамках настоящих Правил страхования существенными условиями Договора страхования признаётся предоставление Страхователем сведений о том, что Застрахованный относится к нижеперечисленным категориям на дату заключения Договора страхования:

- инвалидами I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ);
- нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность;
- находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и (или) здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями);
- проходящие службу в вооруженных силах;
- находящиеся в местах лишения свободы;
- имеющие на дату заключения Договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, Болезни, связанные с данными заболеваниями, могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем пункте, а Страхователь (Застрахованный) письменно не уведомил об этом Страховщика, ввел его в заблуждение, либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.16. В дополнение к категориям, указанным в п.7.15 настоящих Правил, при заключении Договора страхования по рискам, указанным в п.п. 3.1.4, 3.1.6, 3.1.13, 3.1.15, 3.1.17, настоящих Правил, которые могут совершиться в результате болезни Застрахованного, так же признаётся существенным условием наличие у Застрахованного на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и состояний:

- страдают хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС,

гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма и т.д.);

- страдают хроническими заболеваниями дыхательной системы (ХОБЛ, бронхиальная астма, туберкулез и т.п.);

- страдают гломерулонефритом или хронической почечной недостаточностью любой стадии;

- страдают хроническими заболеваниями печени (хронические гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии и т.д.) и ЖКТ в терминальной стадии;

- страдают аутоиммунными заболеваниями;

- страдают заболеваниями костно-мышечной системы;

- страдают заболеваниями органов кроветворения.

Договор страхования будет являться незаключенным в связи с не достижением Сторонами соглашения по всем существенным условиям, если будет установлено, что на страхование было заявлено лицо, попадающее в одну из вышеуказанных категорий и при этом Страховщик не был об этом письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора страхования.

7.17. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика путем заполнения анкеты — заявления на страхование, которая обязательно включает следующие сведения:

7.17.1. Фамилию, имя, отчество (наименование) на русском языке, дату рождения, место рождения, адрес, мобильный телефон Страхователя и (или) Застрахованного, e-mail — для направления ему кода (пароля) подтверждения простой электронной подписи (далее — Код).

7.17.2. Наименование, юридический адрес, мобильный телефон, банковские реквизиты (если Страхователь — юридическое лицо).

7.17.3. Страховую сумму.

7.17.4. Страховые риски.

7.17.5. Информацию о наличии событий, имеющих признаки страхового случая, информацию о страховании в предыдущие периоды.

7.18. На основании электронного запроса, изложенного в том числе в виде условия страхования и (или) анкеты на сайте Страховщика, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в форматах pdf, jpg и др.).

7.19. Для страхователя – физического лица:

- Страховщик направляет Страхователю посредством СМС-сообщения Код.

- Полученный Страхователем Код необходим ему для получения возможности подписания и направления Страховщику Заявления.

- Страхователь обязан сохранять конфиденциальность Кода и не допускать доведения его до сведения других лиц. Страховщик не несет ответственности за последствия, связанные с разглашением Страхователем Кода.

- Страхователь указывает полученный Код в соответствующем поле на сайте, что позволяет реализовать процедуру подписания Страхователем заявления посредством простой электронной подписи.

- Заявление Страхователя в электронной форме, подписанное простой электронной подписью Страхователя и отправленное Страховщику, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе.

- Страхователь подписывает заявление исключительно от своего имени. Подписание заявления и заключение Договора страхования (полиса) от имени другого лица не допускаются.

- Заявление, подписанное простой электронной подписью, считается

подписанным лицом, которое указано в заявлении в качестве Страхователя (заявителя), вне зависимости от того, на чье имя зарегистрирован номер мобильного телефона или адрес электронной почты, на который был направлен Код подтверждения простой электронной подписи.

7.20. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем — физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем — юридическим лицом — усиленной квалифицированной электронной подписью.

7.21. В соответствии с п.1 ст.6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011г. «Об электронной подписи», а также п.4 ст.6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992г. Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

7.22. При заключении Договора страхования в электронной форме Страхователь уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

7.23 Факт ознакомления Страхователя (физического лица) с условиями Правил и Договора страхования может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.24. При заключении Договора страхования в форме электронного документа Договор заключается без медицинского осмотра.

7.25. При заключении Договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть заключено соглашение об использовании Сторонами факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования или иного аналога собственноручной подписи и печати в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. По соглашению сторон в Договор страхования могут быть внесены изменения, касающиеся страховой суммы, периодичности уплаты взносов, срока страхования по Договору и иные изменения, не противоречащие действующему законодательству. В случае внесения изменений Страховщик вправе требовать уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) в соответствии с установленными тарифами. При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, заявление от Страхователя о внесении изменений должно быть направлено Страховщику не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты внесения предполагаемых изменений.

8.2. При отсутствии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату окончания срока страхования. При наличии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату окончания срока страхования, а обязательства, возникшие в связи с наступлением страхового случая, сохраняются до исполнения их Сторонами в полном объеме.

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

8.3.1. исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме. Договор страхования прекращается при этом на дату исполнения обязательства;

8.3.2. отказ Страхователя от Договора страхования:

8.3.2.1. При отказе Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

а) В случае, если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный период и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (дата начала действия страхования (ответственности страховщика), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

б) В случае, если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный период, но после даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (дата начала действия страхования (ответственности страховщика), Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования (ответственности страховщика) до даты прекращения действия Договора страхования.

8.3.2.2. Страховщик возвращает Страхователю - физическому лицу страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, если иной срок не согласован сторонами.

8.3.2.3. По обстоятельствам, указанным в пункте 8.3.2.1 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя - физического лица об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

8.3.2.4. Страховщик при осуществлении страхования на данных Правилах вправе предусмотреть в Договоре страхования более длительный срок, в течение которого Страхователь может отказаться от страхования, а Страховщик вернуть Страхователю, уплаченную страховую премию, чем срок, указанный в п.8.3.2.1 настоящих Правил.

8.3.3. отказ Страхователя от Договора страхования по основаниям, предусмотренным п.6.6 настоящих Правил.

8.3.4. ликвидация Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Договор страхования прекращается с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц;

8.3.5. признание Договора страхования недействительным по решению суда. Договор страхования прекращается с даты, указанной в решении суда;

8.3.6. по соглашению сторон Договор страхования прекращается с даты, указанной в Соглашении;

8.3.7. смерть Застрахованного в течение срока страхования, не являющаяся страховым случаем. Договор страхования прекращается с даты смерти Застрахованного;

8.3.8. ликвидация Страхователя – юридического лица, если только обязанность Страхователя по уплате страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку), не была исполнена в полном объеме, и иное лицо не приняло на себя права и обязанности по Договору страхования. Договор страхования прекращается с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц в отношении Страхователя – юридического лица;

8.3.9. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от Договора

страхования, за исключением случая, указанного в п.8.3.2.1 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) не подлежит(-ат) возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик имеет право:

- с целью заключения Договора страхования требовать у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;
- проверять достоверность информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- при заключении Договора страхования направить страхуемое лицо на медицинское обследование за свой счет;
- требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии (страховых взносов) или снижения страховой суммы, если в течение срока действия договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска;
- взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) при изменении условий Договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к Договору и т.п. в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;
- запрашивать дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая, у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
- направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, подтверждающими отсутствие оснований для признания свершившегося события страховым случаем или дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;
- самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;
- требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;
- отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) 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 произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты;
- отсрочить страховую выплату в том случае, если:
 - правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту страхового случая / в связи со страховым случаем, в том числе с обстоятельствами наступления страхового случая, против Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя - до окончания уголовного расследования;
 - начато судебное разбирательство в связи с наступлением страхового случая (события, имеющего признаки страхового случая) – до момента вступления судебного

акта в законную силу при отсутствии факта его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию.

- Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

9.2. Страхователь имеет право:

- получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

- в течение действия Договора страхования заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика, кроме случаев, когда заявленный в Договоре страхования Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате. Замена Выгодоприобретателя в Договоре страхования допускается лишь с письменного согласия Застрахованного;

- получить дубликат Полиса или копию Договора страхования в случае его утраты;

- отказаться от Договора страхования в любой момент;

- с согласия Страховщика изменить условия Договора страхования, касающиеся страховых рисков, размера страховой суммы, срока страхования, размера, порядка и сроков страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку), такие изменения могут оформляться путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования; в случае внесения изменений Страховщик вправе требовать уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) в соответствии с установленными тарифами;

- получить страховую выплату при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;

- при заключении с ним Договора страхования запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.3. Страховщик обязан:

- выполнять условия, предусмотренные Договором страхования и Правилами;

- в течение 10 рабочих дней после получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, составить и утвердить страховой Акт либо известить Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного) в письменной форме об отсутствии оснований для страховой выплаты с обоснованием причин;

- по событиям, признанным Страховщиком страховыми случаями, произвести страховую выплату после утверждения страхового акта в течение 5 (пяти) рабочих дней, если Договором страхования не предусмотрен иной срок;

- не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

- проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со страхователем при заключении договора страхования.

- проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со страхователем при заключении договора страхования.

- обеспечить соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг

их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

9.4. Страхователь обязан:

- при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в заявлении на страхование или дополнительных документах. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование / предложено заключить договор страхования с применением повышающих коэффициентов к страховому тарифу;
- оплачивать страховые премии (взносы) в размере и сроки, оговоренные в Договоре страхования;
- незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска, (согласно абзацу «Факторы существенного увеличения степени страхового риска» п.1.4 Правил);
- при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 30 календарных дней с момента, когда стало известно о наступлении события в любой форме, позволяющей объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события может быть исполнена Застрахованным или Выгодоприобретателем, или, при отсутствии такового, наследниками Застрахованного;
- при обращении за страховой выплатой, в случаях, когда Страхователь является Выгодоприобретателем, предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя при обращении их за страховой выплатой;
- предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками страхового случая;
- вернуть Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя, в зависимости от того, кто именно получил такую страховую выплату

9.5. Застрахованный имеет право:

- с согласия Страховщика принять на себя обязанности Страхователя по Договору страхования в случае смерти Страхователя – физического лица или ликвидации Страхователя – юридического лица, в том числе обязанность по уплате страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку).

9.6. Застрахованный обязан:

- незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение

страхового риска (согласно п.1.1 Правил);

- информировать Страховщика в течение 30 дней со дня вынесения решения учреждения МСЭ об изменении ему группы инвалидности и предоставить заверенную копию акта МСЭ, включая протокол;
- выполнять другие обязанности, возложенные на него Договором страхования и Правилами.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

10.1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю, наследникам Застрахованного) в соответствии с условиями Договора страхования, независимо от причитающихся ему сумм по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц.

10.2. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

10.3. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

10.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, если иное не предусмотрено Договором определяется по рискам следующим образом:

10.4.1. **«Смерть в результате несчастного случая», «Смерть в результате несчастного случая или болезни», «Смерть в результате ДТП», «Смерть в результате патологических родов», «Смерть в результате инфекционного заболевания»** - 100 % от страховой суммы, предусмотренной Договором страхования по данному риску;

При страховании риска **«Смерть в результате ДТП»** по паушальной системе - в размере 100% от лимита страховой суммы, рассчитанного при наступлении страхового случая в соответствии с п.5.6.2 настоящих Правил.

10.4.1.1. При объявлении судом Застрахованного умершим - событие признается страховым случаем при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал 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 период действия Договора страхования.

10.4.1.2. При признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим - событие не признается страховым случаем.

10.4.2. **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни», «Госпитализация в результате несчастного случая», «Госпитализация в результате ДТП»** - страховая выплата осуществляется по одному из следующих вариантов:

10.4.2.1. В размере 0,2 % от страховой суммы за каждый день госпитализации, начиная с 7-го дня госпитализации, но не более чем за 30 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня непрерывной госпитализации. День поступления и день выписки считаются за 1 (один) день.

10.4.2.2. В размере (в абсолютной величине), установленном в Договоре, за каждый день госпитализации, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня госпитализации. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по госпитализации за один страховой случай. День поступления и день выписки считаются за 1 (один) день.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п.10.4.2.1 Правил.

10.4.3. **«Хирургические операции в результате несчастного случая и болезни»** - в процентах от страховой суммы по данному риску, установленной Договором страхования, согласно Таблице размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения №№ 3А, 3Б, к настоящим Правилам).

В договоре страхования по соглашению Сторон могут быть предусмотрены фиксированные размеры страховых выплат по конкретным хирургическим операциям, на случай проведения которых производится страхование

10.4.4. **«Инвалидность I, II, III группы в результате несчастного случая», «Инвалидность I, II, III группы в результате несчастного случая или болезни», «Инвалидность I, II, III группы в результате ДТП», «Инвалидность I, II, III в результате инфекционного заболевания»** - страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы, установленной Договором страхования по данному риску, в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности и условий Договора по одному из следующих вариантов:

10.4.4.1. Лицу, не являвшемуся инвалидом до момента вступления в отношении него действия страхования в силу:

при установлении I группы инвалидности; инвалидности категории «ребенок-инвалид» - от 50% до 100%;

- при установлении II группы инвалидности - от 30% до 100%;

- при установлении III группы инвалидности - от 10% до 60%.

10.4.4.2. Лицу, не являвшемуся инвалидом до момента вступления в отношении него действия страхования в силу:

- 100% при установлении I группы инвалидности;

- 80% при установлении II группы инвалидности;

- 60% при установлении III группы инвалидности;

- 60% при установлении категории «ребенок – инвалид».

10.4.4.3. Лицу, являвшемуся до распространения на него действия договора страхования инвалидом III группы:

- 60% при установлении I группы инвалидности;

- 30% при установлении II группы инвалидности.

10.4.4.4. Лицу, являвшемуся до момента вступления в отношении него действия страхования в силу инвалидом II группы:

- 30% при установлении I группы инвалидности.

10.4.4.5. В договоре страхования могут быть определены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы) при установлении различных групп инвалидности или категории «ребёнок-инвалид».

10.4.4.6. При страховании риска инвалидность I, II, III группы, а также инвалидности категории «ребенок инвалид» в результате несчастного случая при ДТП по паушальной системе - в указанных выше процентах, в зависимости от установленной группы инвалидности от лимита страховой суммы рассчитанного при наступлении страхового случая в соответствии с п.5.6.2 настоящих Правил.

10.4.5. **«Инвалидность в связи с утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая», «Инвалидность в связи с**

утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» - страховая выплата осуществляется в процентах от страховой суммы по данному риску и составляет от 40 до 100% процентов, в соответствии со степенью утраты трудоспособности, установленной учреждением МСЭ и указанной в Справке о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности, выданной учреждением МСЭ и условий Договора страхования

10.4.6. **«Телесное повреждение/травма в результате несчастного случая», «Телесное повреждение /травма в результате ДТП»,** страховая выплата осуществляется по одному из следующих вариантов:

10.4.6.1. В процентах от страховой суммы по данному риску, установленной Договором страхования, согласно Таблице страховых выплат при телесных повреждениях, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения №, № 1А, 1Б, 1Г, 1Д, 1В к настоящим Правилам).

Конкретная «Таблица страховых выплат», по которой будет рассчитываться страховая выплата, оговаривается в условиях Договора страхования;

10.4.6.2. При страховании риска **«Телесное повреждение /травма в результате ДТП»** по паушальной системе - согласно Таблице страховых выплат при телесных повреждениях, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения №, № 1А, 1Б, 1Г, 1Д к настоящим Правилам), от лимита страховой суммы, рассчитанного при наступлении страхового случая в соответствии с п.5.6.2 настоящих Правил.

10.4.6.3. В размере 0,25%, если иной размер не установлен Договором страхования, от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности в результате полученного телесного повреждения / травмы, начиная с 1-го дня нетрудоспособности, но не более чем за 30 календарных дней по одному страховому случаю.

10.4.6.4. В сумме, установленной в абсолютной величине / размере , установленной в Договоре, за каждый день нетрудоспособности в результате полученной травмы, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате общей трудоспособности за один страховой случай.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 10.4.6.1 Правил.

В период нетрудоспособности в этом случае включается период, указанный в листах нетрудоспособности, выданных Застрахованному лицу по окончании лечения. При отсутствии листов нетрудоспособности период нетрудоспособности определяется в соответствии со сроками лечения, указанными в справке /выписке из амбулаторной карты лечебного учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение.

При этом в период нетрудоспособности не включается период прохождения общеукрепляющего, восстановительного (реабилитационного) лечения, курсов физиотерапевтического лечения, массажа, лечебной физкультуры и иных аналогичных лечебных мероприятий.

10.4.7. **«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая», «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни», «Временная утрата трудоспособности в результате ДТП»** страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

10.4.7.1. В размере 0,2 % от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 14-го дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня непрерывной нетрудоспособности.

10.4.7.2. В сумме, установленной в определенном размере (в абсолютной величине) в Договоре, за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть

установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате общей трудоспособности за один страховой случай.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п.10.4.7.1 Правил.

В период нетрудоспособности в этом случае включается период, указанный в листах нетрудоспособности, выданных Застрахованному лицу по окончании лечения. При отсутствии листов нетрудоспособности период нетрудоспособности определяется в соответствии со сроками лечения, указанными в справке /выписке из амбулаторной карты лечебного учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение.

При этом в период нетрудоспособности не включается период прохождения общеукрепляющего, восстановительного (реабилитационного) лечения, курсов физиотерапевтического лечения, массажа, лечебной физкультуры и иных аналогичных лечебных мероприятий.

10.4.8. **«Критическое заболевание»** - страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы, если иное не оговорено Договором и размер выплаты не установлен в зависимости от критического заболевания, согласно Приложений №, № 9, 9А к Правилам..

10.4.9. **«Инфекционное заболевание»** - при наступлении страхового случая страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

10.4.9.1. в процентах от страховой суммы в зависимости от непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения Застрахованного лица общей продолжительностью:

- 7-14 дней –10%
- 15-30 дней – 20%;
- 31 и более дней – 30% , но не более
- 20% при заболевании вирусным гепатитом (за исключением типа «А»)- 20% ;
- при заболевании туберкулезом- 25% .

10.4.9.2. в процентах от страховой установленной страховой суммы в зависимости от непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения Застрахованного лица общей продолжительностью:

- 7-14 дней – до 15%;
- 15-30 дней – до 25%;
- 31 и более дней – до 35%, но не более
- до 25% при заболевании вирусным гепатитом (за исключением типа «А»);
- до 30% при заболевании туберкулезом.

Процент выплаты от страховой суммы в зависимости от варианта выплаты устанавливается Страховщиком в договоре страхования и может варьироваться.

10.4.9.3. Страховщик выплачивает 10% от страховой суммы, если иной размер не установлен Договором страхования, за каждый страховой случай, но не более 100 % страховой суммы при впервые диагностированном у Застрахованного лица инфекционном/ инфекционно-вирусном заболевании, указанном в Договоре страхования.

10.4.10. **«Диагностирование укуса клеща»** - оплачиваются непредвиденные расходы Застрахованного, связанные с укусом клеща.

Страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

10.4.10.1. Страховщик выплачивает 5 %, если иной размер не установлен Договором страхования, от страховой суммы за каждый страховой случай, но не более 100 % страховой суммы.

10.4.10.2. Страховщик выплачивает процент от страховой суммы за каждый страховой случай:

- 1% в связи с извлечением присосавшегося клеща;
- 4% в связи с проведением иммунопрофилактики.

10.4.10.3. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в размере фактически понесенных расходов, в пределах лимитов, установленных Договором, включая:

- первичный медицинский осмотр Застрахованного и удаление присосавшегося клеща в условиях медицинского учреждения в срок указанный в договоре, но не позже 96 часов с момента укуса;

- диагностика клещевого энцефалита, клещевого системного боррелиоза и других заболеваний, передающихся при укусе клеща.

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина в срок не позже указанного в договоре. Но в любом случае не позже 96 часов после укуса при отсутствии возможности исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита;

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина в определенный Договором страхования срок после укуса, в случае положительного результата исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита;

- соответствующая медикаментозная терапия в случае положительного результата исследования клеща или крови на наличие в нем возбудителя клещевого системного боррелиоза;

В случае отрицательного результата исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина Страховщиком не возмещается, если иное не оговорено Договором страхования.

10.4.10.4. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу за оказание стационарного лечения в размере фактически понесенных расходов, в пределах лимитов, установленных Договором, включая:

- госпитализацию в специализированное отделение по направлению врача при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, при условии введения противоклещевого иммуноглобулина в срок, указанный в Договоре, после укуса клеща;

- лечение в соответствии с выявленным заболеванием (клещевой вирусный энцефалит, клещевой системный боррелиоз и другие заболевания, передающиеся при укусе клеща) препаратами и методами, разрешенными в РФ в объеме возможностей медицинских учреждений, входящих в Программу страхования, в пределах страховой суммы (с учетом стоимости оказанных медицинских услуг на догоспитальном этапе).

- реабилитационный курс на базе реабилитационно-восстановительных учреждений, согласованных со Страховщиком, после законченного стационарного лечения клещевого энцефалита по направлению лечащего врача стационара.

Возмещение расходов по извлечению присосавшегося клеща и/или экстренной иммунопрофилактики, если иное не оговорено Договором страхования, производится однократно в течение действия Договора страхования. Все расходы в связи с извлечением у Застрахованного лица присосавшегося клеща и проведением ему иммунопрофилактики клещевых инфекций, должны быть подтверждены соответствующими документами медицинского учреждения и фискальными чеками, подтверждающими расходы.

10.4.11. «Облучение опасное для здоровья» - страховая выплата производится:

- при дозах более 200 мЗв (20 бэр) - 20% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

- при дозах более 500 мЗв (50 бэр) - 30% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

В Договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя могут быть

определены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), но не более 100% единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

10.4.12. «Причинение вреда здоровью в результате медицинских манипуляций» осложнения, возникшие вследствие неквалифицированных либо неосторожных медицинских манипуляций, оперативных вмешательств» - страховая выплата определяется по «Таблице страховых выплат при внезапных осложнениях, возникших вследствие неквалифицированных либо неосторожных медицинских манипуляций, оперативных вмешательств» (Приложение № 9Г к настоящим Правилам страхования), исходя из страховой суммы, установленной Договором страхования по конкретному Застрахованному лицу в целом по Договору страхования, либо по данному риску, и осуществляется единовременно и только за одно осложнение, наступившее в течение 3 месяцев со дня проведения Застрахованному лицу медицинских манипуляций, оперативных вмешательств в период действия Договора страхования.

10.4.13. При возникновении непредвиденных расходов на медицинские и /или иные услуги Страховщик покрывает ущерб в размере, предусмотренном условиями Договора страхования и/или Программой страхования. Ущерб определяется в размере понесенных Застрахованным лицом расходов (согласно п.3.7 Правил), подтвержденных документально.

10.4.13.1. Такими расходами могут быть:

- расходы на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п.;
- расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам Застрахованного лица, по которым его права и законные интересы были нарушены;
- расходы на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинских заключений) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд в целях защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;
- расходы, связанные с получением консультаций Застрахованным лицом в дистанционном формате (телемедицина) в медицинской организации предусмотренной Договором страхования или согласованной со Страховщиком при состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также возникновение непредвиденных расходов на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания.
- и/или оплачивает иные расходы, предусмотренные Договором.

10.4.14. Непредвиденные расходы, которые понес Застрахованный в связи с вторичной операцией, вызванной внезапным осложнением, если иное не оговорено в Договоре страхования, оплачиваются Страховщиком, если осложнения, в связи с которыми необходимо повторное хирургическое вмешательство, возникли в период действия Договора страхования не позднее 60 дней после первичной пластической операции.

10.4.14.1. При возникновении **«Непредвиденных расходов связанных с вторичным хирургическим вмешательством»** в связи внезапным осложнением, возникшим после пластической операции, Страховщик покрывает подтвержденный документально (фискальными документами, либо выписками Банка при безналичной оплате) ущерб в размере суммы расходов, произведенных Застрахованным лицом, но не выше лимита/подлимита страховой суммы установленного Договором страхования.

В сумму расходов, покрываемых страхованием, входят расходы связанные с оплатой Застрахованным:

- вторичной операции;
- нахождения в стационаре в период проведения операции и восстановления после операции, но не более 14 календарных дней;
- анализов и процедур, необходимых для подготовки к операции;
- процедур и физиолечения в период реабилитации после вторичной операции
- приобретения лекарств, препаратов, биндажей, компрессионного белья.

Все медицинские услуги/мероприятия, процедуры, необходимость использования компрессионного белья, биндажей и пр., необходимость приема лекарственных препаратов должны быть назначены лечащим врачом.

Страховщик оплачивает выше перечисленные расходы, если они произведены в течение действия Договора страхования и подтверждены документами, подтверждающими оплату услуг, лечения и реабилитационных мероприятий (фискальными документами, банковскими выписками при безналичной оплате).

Договором страхования может быть предусмотрен выжидательный период с даты начала страхования для риска, в течение которого выплата по риску «Непредвиденные расходы связанные с вторичным хирургическим вмешательством/реоперацией» не производится.

10.5. Возмещение Страховщиком непредвиденных расходов осуществляется на основании подтверждающих документов.

10.6. Если иное не предусмотрено в Договоре страхования, в случае если последствия несчастного случая или болезнь Застрахованного лица обусловили наступление с ним последовательности событий, указанных в п.3.1 Правил страхования, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховых выплат, ранее произведённых Страховщиком в связи с последствиями данного несчастного случая или данной болезнью при условии, что страховая сумма была установлена Застрахованному лицу единой по всем предусмотренным Договором страхования страховым рискам и независимо от суммы выплат, ранее произведённых в связи со страховыми случаями, предусмотренными иными страховыми рисками, при условии, что страховые суммы были установлены отдельно для каждого страхового риска.

10.7. Если одна из развившихся у Застрахованного лица в одно и то же время болезней не включена в ответственность по Договору страхования, размер страховой выплаты, определенный исходя из общей длительности их лечения, уменьшается на 5 % от страховой суммы. Не уменьшается страховая выплата, если заболевание, не предусмотренное Договором страхования, развивается у Застрахованного лица на фоне ВИЧ-инфицирования и/или заболевания СПИДом, которые в соответствии с условиями заключенного Договора страхования относятся к страховым случаям.

10.8. Максимальный размер страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим за весь срок действия договора с Застрахованным лицом, не может превышать страховую сумму по риску смерти.

Страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены, если Страховщику заявлено о страховых событиях в течение срока страхования, а по рискам смерть и инвалидность в течение срока страхования или одного года после наступления страхового случая и предоставлены соответствующие документы.

10.9. Договором страхования может предусматриваться условие, что при осуществлении единовременной страховой выплаты в случае установления Застрахованному I или II группы инвалидности страхование прекращается с момента осуществления страховой выплаты.

10.10. Если в Договоре страхования Застрахованному лицу установлена страховая сумма единая для страховых рисков, включенных в Договор страхования, то общий размер страховых выплат по Договору страхования, независимо от количества и причин наступивших страховых случаев с Застрахованным лицом, не может превышать 100%

единой страховой суммы. При этом если по конкретному страховому риску для Застрахованного лица установлен сублимит страховой суммы, то общий размер страховых выплат при наступлении данного страхового риска с Застрахованным лицом не может его превышать.

10.11. Если при заключении Договора страхования страховые суммы установлены Застрахованному лицу отдельно по страховым рискам, включенным в Договор страхования, то размер страховых выплат в связи со страховыми случаями с Застрахованным лицом, предусмотренным конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной для этого страхового риска.

10.12. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней принимает решение о выплате либо об отказе в выплате.

10.13. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой Акт по установленной форме и утверждает его в течение 5 дней, если Договором страхования не установлен иной порядок выплаты. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового Акта.

10.14.. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) Договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

10.15. Если застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного не прохождения застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

10.16. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате (отсутствии оснований для страховой выплаты) Страховщик в письменной форме мотивированно информирует лицо, претендующее на получение страховой выплаты, об этом в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения Страховщиком.

10.17. Страховая выплата может быть произведена наличными из кассы Страховщика или по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет получателя страховой выплаты, или иным способом по согласованию сторон.

10.18. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными из кассы. Перевод выплаты по почте, телеграфу или на банковский счет получателя

осуществляется за счет средств Страховщика, если в Договоре страхования не указано иное.

10.19. Для принятия решения о страховой выплате Страховщику должны быть предоставлены:

10.19.1. Общие документы, необходимые для урегулирования убытка при наступлении любого страхового случая, предусмотренного Договором страхования:

- письменное заявление о страховом событии с признаками страхового случая по установленной Страховщиком форме ;

- документ, удостоверяющий личность получателя выплаты (Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследников Застрахованного, представителя Выгодоприобретателя / наследников Застрахованного);

- если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников/ недееспособного Застрахованного/ Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, Копию Свидетельства об опеке или попечительстве, заверенную выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

- водительское удостоверение Застрахованного лица, подтверждающее право управления соответствующей категории транспортного средства (при необходимости);

- кредитный договор и справка из банка о размере задолженности кредитозаемщика на дату заявленного события, если иная дата не указана в Договоре страхования (при необходимости);

- копия трудовой книжки, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом (при необходимости);

- надлежащим образом заверенная копия лицензии ЛПУ на осуществление медицинской деятельности (при необходимости).

- Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения о лице, действующем от юридического лица без доверенности, сведения о полномочиях представителя юридического лица.

- При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с Застрахованным лицом, не достигшим 18 лет, заявителем должна быть представлена копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя Застрахованного лица (документ, удостоверяющий родство с Застрахованным лицом (свидетельство о рождении); документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя)).

- Застрахованное лицо (или его законный представитель) представляет письменное разрешение Страховщику, принимающему решение по вопросу рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях ,куда он обращался(ась), состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов, копии медицинских документов, всю необходимую информацию касательно состояния здоровья и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять Страховщику доступ к медицинской документации.

- Договор страхования (Полис);

- документы расследования компетентных органов, в т.ч. постановления о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела/приостановлении/передаче дела в суд/решение суда, вступившее в законную силу – если такое расследование должно было проводиться по обстоятельствам причинения вреда здоровью или смерти Застрахованного лица;

- свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного).

10.20. В случае смерти Застрахованного лица на территории РФ дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, Страховщику представляются:

- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица;
- протокол патологоанатомического вскрытия, включая акт судебно-химического исследования и акт судебно-гистологического исследования. Если вскрытие не производилось, то копия заявления от родственников об отказе от вскрытия;
- медицинское свидетельство о смерти, выданное патологоанатомическим отделением;

- справка о смерти (ЗАГС).

а) Если смерть наступила в результате болезни (заболевания), дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, представляются:

- выписка из истории болезни с посмертным диагнозом;
- выписка или копия амбулаторной карты за 5 лет до заключения Договора страхования из поликлиники (других лечебных учреждений), в которые обращался Застрахованный;
- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения, Акт медицинского освидетельствования (при необходимости);
- извещение о больном в впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме, предусмотренной законодательством РФ;
- справку из онкологического диспансера с датой постановки на учёт по поводу злокачественного новообразования (при необходимости);
- заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));

б) Если смерть наступила в результате несчастного случая, дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1. Правил, представляются:

- акт о несчастном случае на производстве (если несчастный случай произошел на производстве);
- справка/выписка из травматологического пункта или иного медицинского учреждения с указанием даты обращения и диагнозом полученных повреждений;

в) Если смерть наступила в результате ДТП, дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1. Правил, представляются:

- водительское удостоверение (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС);
- протокол осмотра места ДТП, справка ГИБДД;
- справка о наличии или отсутствия алкоголя в крови (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС и направлялся/освидетельствовался на алкоголь);
- заключение судебно-психиатрической экспертизы, если экспертиза была проведена (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС);

- сопроводительный лист скорой медицинской помощи (при необходимости)

10.21. В случае присвоения Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, представляются:

- направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ);
- акт освидетельствования МСЭ;
- протокол к Акту МСЭ;
- справка МСЭ о присвоении группы инвалидности;
- документы медицинского характера, которые были предоставлены в МСЭ.

а) Если инвалидность I, II или III группы наступила в результате болезни (заболевания), дополнительно к документам, указанным в п.10.21 Правил, представляется:

- заверенная копия амбулаторной карты за 5 лет до заключения Договора страхования с указанием даты первого обращения к врачу по заболеванию, которое привело к инвалидности;
- заверенные копии/выписки из медицинских карт амбулаторных и стационарных из лечебных учреждений, где проходило лечение;
- индивидуальная программа реабилитации.

б) Если инвалидность I, II или III группы наступила в результате несчастного случая, дополнительно к документам, указанным в п.10.21 Правил, представляется:

- акт о несчастном случае на производстве (если несчастный случай произошел на производстве);
- справка/выписка из травматологического пункта или иного медицинского учреждения с указанием даты обращения и диагнозом полученных повреждений.
- сопроводительный лист скорой медицинской помощи (при необходимости)

в) Если инвалидность I, II или III группы наступила в результате ДТП, дополнительно к документам, указанным в п.10.21 Правил, представляется:

- водительское удостоверение (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС);
- протокол осмотра места ДТП, справка ГИБДД.
- справка о наличии или отсутствия алкоголя в крови (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС и направлялся/освидетельствовался на алкоголь);
- заключение судебно-психиатрической экспертизы, если экспертиза была проведена (если Страхователь /Застрахованное лицо управлял ТС);

10.22. В случае наступления временной утраты трудоспособности, телесного повреждения /травмы в результате несчастного случая, в том числе в результате ДТП дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, представляются:

эпикризы из медицинских учреждений

- выписка из истории болезни или амбулаторной карты с указанием даты первого обращения к врачу по заболеванию, которое привело к временной утрате трудоспособности (если потеря трудоспособности явилась результатом заболевания)
- справка и выписка из травматологического пункта или иного медицинского учреждения с указанием даты обращения и диагнозом полученных повреждений (если потеря трудоспособности / травма явились результатом несчастного случая);
- амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/наблюдения/работы
- карта стационарного больного (при необходимости);
- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения, Акт медицинского освидетельствования (при необходимости);
- акт о несчастном случае на производстве - если госпитализация/хирургическая операция явилась следствием несчастного случая, произошедшего на производстве;
- рентгеновские снимки до лечения и в конце лечения (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));
- заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));

- сопроводительный лист скорой медицинской помощи;
- журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных;
- акт о несчастном случае на производстве (если потеря трудоспособности / травма явилась результатом несчастного случая и в момент наступления несчастного случая Застрахованный выполнял служебные обязанности);
- протокол осмотра места ДТП/ Справка ГИБДД (если потеря трудоспособности / травма явилась результатом ДТП);
- копия водительского удостоверения Страхователя/Застрахованного лица, в случае управления ТС;
- справка о наличии или отсутствия алкоголя в крови в момент наступления страхового случая (если Страхователь /Застрахованное лицо освидетельствовался на алкоголь);
- документы, подтверждающие факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного лица (листок нетрудоспособности, оформленный в установленном законодательством порядке, справка о временной нетрудоспособности для учащихся, справка о временной нетрудоспособности для военнослужащих).

10.23. В случае госпитализации, хирургической операции, дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, представляются:

- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного;
- и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенные лечебным учреждением;
- акт о несчастном случае на производстве - если госпитализация/хирургическая операция явилась следствием несчастного случая, произошедшего на производстве;
- протокол осмотра места ДТП/ Справка ГИБДД/ копия водительского удостоверения Страхователя/Застрахованного лица, в случае управления ТС (если госпитализация/хирургическая операция явилась следствием ДТП);
- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения, Акт медицинского освидетельствования (при необходимости);
- извещение о больном впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме, предусмотренной законодательством РФ;
- справку из онкологического диспансера с датой постановки на учёт по поводу злокачественного новообразования (при необходимости);
- рентгеновские снимки до лечения и в конце лечения (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));
- заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));
- заключения и результаты консультаций медицинских специалистов;
- документы, подтверждающие факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного лица (листок нетрудоспособности, оформленный в установленном законодательством порядке, справка о временной нетрудоспособности для учащихся, справка о временной нетрудоспособности для военнослужащих).

10.24. В случае наступления инвалидности в связи с утратой профессиональной трудоспособности дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил,

Страховщику представляются:

- направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ);
- акт освидетельствования МСЭ;
- протокол к Акту МСЭ;
- справка МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности и присвоении группы инвалидности;
- документы медицинского характера, которые были предоставлены в МСЭ;
- акт о профессиональном заболевании установленной формы;
- заключение профпатолога о наличии профессионального заболевания;
- копия медицинской карты/ медицинского заключения/выписка из истории болезни о наличии профессионального заболевания (выдается Центром профессиональной патологии, Клиникой или Отделом профессиональных заболеваний медицинских научных организаций клинического профиля), если наступление страхового случая связано с установлением утраты профессиональной нетрудоспособности
- медицинские документы, подтверждающие наличие причинно-следственной связи развившегося у Застрахованного лица заболевания с его профессиональной деятельностью;
- заключения врачебно-летной экспертной комиссии и/или военно-врачебной комиссии;
- результаты судебно-медицинских исследований;
- сведения об оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинской помощи (перечень оказанных медицинских услуг).

10.25. В случае диагностирования критического или инфекционного заболевания , облучения опасного для здоровья, диагностирования укуса клеща дополнительно к документам, указанным в п.10.19.1 Правил, Страховщику представляются:

- заверенная копия амбулаторной карты за 5 лет до заключения Договора страхования с указанием даты первого обращения к врачу по заболеванию (при диагностировании критического заболевания и облучения опасного для здоровья);
- заверенные копии / выписки из медицинских карт амбулаторных и стационарных из лечебных учреждений, где проходило лечение и /или диагностировано заболевание или облучение;
- справка лечебно-профилактического учреждения (выписной эпикриз из истории болезни) заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования и лечения;
- извещение о больном впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме, предусмотренной законодательством РФ;
- справку из онкологического диспансера с датой постановки на учёт по поводу злокачественного новообразования (при необходимости);
- результаты судебно-медицинских исследований (при необходимости);
- заключения и результаты консультаций медицинских специалистов, результаты проведенных анализов;
- журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий;
- медицинская справка о зафиксированном факте присасывания клеща с указанием локализации и проведенных мероприятиях, необходимой дозы противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата), даты введения, серии и номера вакцины противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата);
- справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с

указанием зарегистрированного диагноза;

- документы, подтверждающие факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного лица (листок нетрудоспособности, оформленный в установленном законодательством порядке, справка о временной нетрудоспособности для учащихся, справка о временной нетрудоспособности для военнослужащих).

10.26. В случае нахождения Застрахованного лица – гражданина РФ за пределами РФ в момент наступления страхового события, Страхователь, Застрахованный (наследники, Выгодоприобретатель) предоставляет требуемый перечень предусмотренных документов или аналогичные требуемым документы, выдаваемые в стране, в которой произошло страховое событие.

10.27. В случае непредвиденных расходов, понесенных Застрахованным согласно п.п. 3.7, 3.8 Правил, Страхователь/Застрахованный представляет документы, подтверждающие эти понесенные расходы (фискальные документы, выписки банка по произведенным расходам) на медицинские или иные услуги, выписки и назначения врача, о необходимости проведения манипуляций, процедур, оказания медицинских услуг, необходимость применения лекарств и/или специальных медицинских приспособлений.

10.27.1. Для получения медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (Страхователь) в зависимости от условий страхования /Программы может обратиться в медицинскую организацию, указанную в Договоре страхования и /или Программе страхования с и предъявлением полиса/сертификата страхования и документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

10.27.2. Страховая выплата по риску Непредвиденные расходы, связанные с медицинской помощью могут производиться путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования и (или) Программой страхования, посредством перевода денежных средств на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

При наступлении страхового случая величина убытка/размер ущерба определяется объемом и стоимостью оказанных Застрахованному в течение срока действия Договора страхования медицинской организацией услуг, определенных Программой страхования и (или) согласованных Страховщиком.

Для возмещения понесенных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходов необходимо предоставить следующие документы:

- подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному;
- подтверждающих оплату и (или) доставку лекарственных средств, доставку продуктов питания (оригиналы);
- документ на предоставление в аренду предметов медицинского или иного оборудования с подтверждением оплаты аренды предметов медицинского или иного оборудования (оригинал);
- оригиналы документов, подтверждающих оплату оказанных услуг, иных расходов (чеки; квитанции об оплате; копии платежных поручений, заверенные печатью банка; оригиналы слип-чеков на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п., на юридические услуги, на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

10.27.3. В случае возникновения у Застрахованного непредвиденных расходов, связанных с вторичной операцией (п.3.8 Правил) Страхователь/Застрахованный кроме документов, указанных в п.10.19.1 Правил и в предыдущем абзаце данного пункта, обязан документально подтвердить проведение первичной пластической операции (выписка лечебного учреждения, проводившего первичную операцию), выписка лечебного учреждения, проводившего вторичную операцию с указанием диагноза,

показаний, причины, приведшей к необходимости проведения реоперации, документ, подтверждающий период нахождения в стационаре.

10.28. По соглашению Сторон в договоре страхования могут оговариваться конкретные документы, которые необходимы для признания наступившего события с Застрахованным лицом страховым случаем. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально, либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

10.29. В сложных случаях, когда для принятия решения требуется заключение независимой экспертизы заявленного события, Страховщик имеет право предложить пройти такую экспертизу Застрахованному лицу за счёт Страховщика. Если застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (выгодоприобретателем).

10.30. Если уполномоченный Страховщиком на получение страховой премии страховой агент (страховой брокер) несвоевременно либо не в полном объеме перечислил ее Страховщику, страховщик не освобождается от обязанности исполнять договор страхования.

10.31. Если Договором страхования при непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, предусматривается возможность продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений, то Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

10.32. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

10.33. В случае, если условиями конкретного Договора страхования (полиса) для получения страховой выплаты предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) информации и документов в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) может представить

Страховщику документы, по рискам указанным в п.10.4 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

10.34. Если это специально предусмотрено Договором страхования и страховая выплата по Застрахованному составит до 10 000 рублей (если иной размер не установлен Договором страхования), то Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право произвести выплату страхового возмещения без предоставления документов из компетентных органов, предусмотренных настоящими Правилами, если факт и причина страхового события не вызывают сомнений у Страховщика. Осуществление страховой выплаты в данном порядке производится в количестве не более установленного Договором страхования.

11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- если Договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- если страховой случай в действительности не имел места или не подтвержден соответствующими документами;
- если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного Договором страхования;
- если наступившее событие исключено из страхования (в соответствии с условиями Правил страхования и/или Договора страхования);
- если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством РФ;
- если не выполнены какие-либо условия страховой выплаты, предусмотренные разделом 10 Правил страхования и (или) Договором страхования.

12. ФОРС-МАЖОР

При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении, прекращении, расторжении Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, по волеизъявлению сторон могут быть разрешены путем переговоров. Положения данного пункта и иные положения данного раздела не обязывают лиц, являющихся потребителями согласно Закону РФ №2030-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей», к обязательному досудебному претензионному порядку разрешения споров со страховщиком, прямо не предусмотренному российским законодательством.

В отсутствие волеизъявления сторон на переговоры или при невозможности устранения

разногласий путем переговоров, споры разрешаются в установленном российским законодательством порядке, в том числе судебном.

13.2. В случае спора между Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, и Страховщиком сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

13.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, их обоснование, расчет суммы претензии (если речь идёт о денежных обязательствах), перечень прилагаемых к претензии документов. Указанные в качестве приложения документы должны быть переданы вместе с претензией.

13.4. Претензия высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

13.5. Срок для ответа на претензию устанавливается не менее 10 календарных дней со дня получения ее и указанных в качестве приложений документов.

13.6. Ответ на претензию высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если Сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

13.7. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с иском в суд.