

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕЖДУНАРОДНАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА»**



**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объекты страхования
4. Страховые риски и страховые случаи
5. Порядок определения страховой суммы
6. Страховой тариф
7. Порядок определения и уплаты страховой премии
8. Договор страхования, порядок его заключения, исполнения и прекращения
9. Изменение степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Порядок осуществления страховой выплаты
12. Основания для освобождения и отказа в страховой выплате
13. Порядок рассмотрения споров
14. Конфиденциальная информация
15. Электронный документооборот между Страхователем и Страховщиком
16. Заключительные положения

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат условия, на основании которых Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – договор страхования) с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами, эти Правила становятся неотъемлемой частью договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей и Страховщика, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и они приложены к договору страхования, о чем в договоре страхования сделана соответствующая запись.

При заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил, если допущенные в договоре страхования отступления от настоящих Правил не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями договора страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных лиц), а также создавать страховые продукты, 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.

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

В соответствии с настоящими Правилами Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному лицу или указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, причитающихся им по другим договорам страхования выплат или сумм в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

1.2. В настоящих Правилах, а также в заключенных в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие определения:

1.2.1. **Договор страхования** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, по которому одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), произвести страховую выплату в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, или наступления в его жизни иного предусмотренного договором страхования события (страхового случая).

Договор страхования может быть заключен:

- в отношении одного Застрахованного (индивидуальное страхование);
- в отношении нескольких Застрахованных (коллективное страхование) при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования (в том числе, когда заключение договора страхования обусловлено соглашением между Сторонами по кредитному договору (где одна из сторон – Застрахованный)).

1.2.2. **Несчастный случай** - одномоментное внезапное, непредвиденное, непреднамеренное воздействие различных внешних факторов (физических, химических, технических и т.д.), характер, время и место которого могут быть однозначно определены, произошедшее в период действия договора страхования, помимо воли Застрахованного, в результате которого причиняется вред здоровью Застрахованного или наступает его смерть.

К событиям, последствия которых рассматриваются Страховщиком на предмет признания несчастным случаем, относятся: стихийное явление природы, взрыв, ожог, отморожение, утопление, действие электрического тока, сдавление, удар молнии, солнечный удар, нападение злоумышленников или животных, укусов насекомых; падение какого-либо предмета на Застрахованного или падение самого Застрахованного; внезапное удушение, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела; случайное острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами (промышленными или бытовыми), лекарствами (если они принимались по назначению врача в соответствии с указанной им дозировкой), недоброкачественными пищевыми продуктами; движение средств транспорта (автомобиля, поезда, трамвая и др.) или их крушение; пользование машинами, механизмами, оружием и всякого рода инструментами.

1.2.3. Болезнь (заболевание) – впервые диагностированное в период действия договора страхования квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма человека, вызванное функциональными или морфологическими изменениями в результате воздействия на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных и т.д.) или из-за генетических дефектов, и выразившееся во взаимодействии совокупности всех нарушений в организме и его ответных реакций.

1.2.4. Квалифицированный врач - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя и/или посредника, при участии которого был заключен договор страхования, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

1.2.5. Травма – нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного внешнего воздействия физических (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химических факторов внешней среды, диагноз которого поставлен на основании объективных симптомов, предусмотренное «Таблицей страховых выплат в связи со страховыми случаями» (Приложения № 6, 6.1 к Правилам страхования), произошедшее в период действия договора страхования вследствие несчастного случая.

1.2.6. Нетрудоспособность – неспособность Застрахованного вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором (контрактом).

1.2.7. Профессиональная нетрудоспособность – нетрудоспособность Застрахованного, наступившая вследствие несчастного случая или заболевания и выражающаяся в невозможности выполнять Застрахованным профессиональную деятельность, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта.

1.2.8. Инфекционными заболеваниями (применительно к риску страхования на случай заражения донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции) считаются: вирусный гепатит «В» или «С», сифилис, малярия, вирус иммунодефицита человека и другие заболевания, передающиеся парентеральным путем при заборе крови (её компонентов).

1.2.9. Опасными заболеваниями (применительно к риску страхования на случай опасного заболевания) считаются болезни (заболевания), впервые диагностированные у Застрахованного в период действия договора страхования и повлекшие потерю трудоспособности, предусмотренную «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий» (Приложение № 7 к Правилам страхования), либо последствия таких заболеваний, не являющиеся следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в соответствующем «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний» (Приложение № 8 к Правилам страхования). Опасное заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одномоментное диагностирование нескольких опасных заболеваний из указанных в Приложениях к Правилам страхования № 7 и № 8 в целях настоящего страхования считается одним опасным заболеванием.

1.2.10. Инвалидность – нарушение здоровья Застрахованного со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами и приводящее к ограничению жизнедеятельности, вызывающее необходимость его социальной защиты. Признание Застрахованного инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых,

профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утвержденных федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации.

1.2.11. Госпитализация - помещение Застрахованного лица на срок не менее 24 часов в круглосуточный стационар расположенного на территории Российской Федерации государственного или частного медицинского учреждения (имеющего лицензию на оказание медицинской помощи взрослому населению и подросткам и/или на оказание стационарной медицинской помощи подросткам и взрослому населению) для проведения лечения, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия договора страхования несчастным случаем или диагностированной в период действия договора страхования болезнью.

Госпитализацией не будет считаться помещение Застрахованного лица в стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, нахождение Застрахованного лица в стационаре в связи с карантином или иными превентивными мерами.

Экстренная госпитализация - госпитализация Застрахованного лица в стационар по поводу неотложных состояний, угрожающих его жизни и требующих неотложной медицинской помощи.

Если иное не предусмотрено договором страхования, под нахождением Застрахованного лица в реанимации понимается нахождение Застрахованного лица в реанимационном отделении расположенного на территории Российской Федерации стационара круглосуточного медицинского наблюдения с проведением Застрахованному лицу мероприятий реанимационного характера.

1.2.12. Хирургическая операция - оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования несчастным случаем или болезнью, предусмотренное таблицей или перечнем хирургических операций, приведенным в договоре страхования.

Хирургическая операция подразумевает способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионож, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическая операция должна быть проведена квалифицированным врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

1.2.13. Страховая сумма – определенная в договоре страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

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

1.2.15. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

1.2.16. Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

1.2.17. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование.

1.2.18. Страховой случай – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату Страхователю (Застрахованному или Выгодоприобретателю).

1.2.19. Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

1.2.20. Выжидательный период – срок, установленный в договоре страхования, между уплатой страховой премии и датой начала страхования по одному или нескольким страховым рискам, включенным в страховую ответственность.

1.2.21. Франшиза – предусмотренная договором страхования не подлежащая выплате Страховщиком часть страховой суммы/выплаты. Договором страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза в процентах или в абсолютной величине от страховой суммы, в размере определенного

количества дней нетрудоспособности (временного нарушения здоровья), а также предельного размера страховой выплаты. Условная франшиза – не выплачиваемая часть суммы в случае, если её размер не превышает размер франшизы, но подлежит выплате полностью, если её размер окажется больше размера франшизы. Безусловная франшиза – не выплачиваемая Страховщиком часть суммы в любом случае.

1.2.22. Период ожидания - период, установленный в днях договором страхования, исчисление которого начинается с даты вступления договора страхования в силу. Событие по страхованию от потери работы, произошедшее в течение этого периода, не является страховым случаем. Если иное не предусмотрено договором страхования, период ожидания составляет 60 (шестьдесят) календарных дней с даты заключения договора страхования. Период временной франшизы не совпадает с периодом ожидания.

1.2.23. Срок страхования – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо (Страхователя) распространяется действие страховой защиты, т.е. в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат при наступлении страховых случаев.

1.2.24. Территорией страхования по договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, признается указанная в договоре страхования территория (территория Российской Федерации, территория стран СНГ или весь мир). Договором страхования может быть предусмотрена иная территория страхования. В случае, если иное не указано в договоре страхования, страховыми случаями признаются события, произошедшие на территории Российской Федерации, за исключением территорий вооруженных конфликтов, войн, чрезвычайных положений.

1.2.25. Профессиональный спорт - часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату. **Профессиональный спортсмен** - физическое лицо, для которого занятия профессиональным спортом являются основным видом деятельности, заключившее трудовой договор в области профессионального спорта (контракт о спортивной деятельности) и получающее вознаграждение (включая заработную плату) за подготовку к спортивным соревнованиям, участие в них и показанные результаты.

1.2.26. Лечение в условиях поликлиники – совокупность мероприятий, проводимых на дому или в условиях поликлиники (здравпункта, травмпункта), направленных на восстановление здоровья.

Датой установления диагноза заболевания (травмы) считается дата регистрации впервые выявленного заболевания (травмы) в соответствии с законодательством Российской Федерации с заполнением должным образом соответствующих документов.

1.2.27. Консультативная помощь – дополнительные расходы, связанные с обращением Страхователя и (или) Застрахованного лица за получением информационной поддержки по вопросам, связанным с наступлением в жизни Застрахованного лица события (страхового случая), предусмотренного договором страхования.

1.2.28. Положения, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по соглашению Страховщика и Страхователя при заключении договора страхования или в течение срока его действия, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между положениями договора страхования и Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.2.29. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения - в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа», созданное для осуществления страховой деятельности и получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

2.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или правоспособное юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.

2.3. Застрахованный – физическое лицо, указанное в договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования (т.е. в отношении жизни и здоровья которого заключен договор страхования). Если по договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в договоре страхования.

Застрахованными лицами по договору страхования могут признаваться водитель и пассажиры, находящиеся в определенном договором транспортном средстве по своей доброй воле и с разрешения лица, имеющего право распоряжаться указанным транспортным средством.

2.4. Водитель – физическое лицо, управляющее транспортным средством на законных основаниях и имеющее водительское удостоверение установленного образца на право управления транспортным средством соответствующей категории.

2.5. Пассажир – физическое лицо, кроме водителя, находящееся в указанном в договоре страхования транспортном средстве.

2.6. Не принимаются на страхование лица, на момент заключения договора страхования:

- больные СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита), а также ВИЧ-инфицированные;

- больные онкологическими заболеваниями; хронической почечной, печеночной недостаточностью, диабетом;

- страдающие психическим заболеванием или расстройством;

- перенесшие одно из заболеваний или одну из операций, указанных в «Перечне состояний квалифицируемых как предшествующие состояния наступления критического заболевания» (Приложение № 8 к настоящим Правилам);

- инвалиды I и II группы, лица с врожденными аномалиями, лица в возрасте до 18 лет, которым установлена категория «ребенок-инвалид», а также лица, требующие постоянного ухода;

- находящиеся в момент заключения договора на лечении, реабилитации, под наблюдением врача, проходящие медицинское обследование, направленные на МСЭ;

- состоящие на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере;

- употребляющие наркотики, токсичные вещества с целью токсичного опьянения; страдающие алкоголизмом; находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

- старше 85 лет.

2.7. Лицо, на момент заключения договора страхования являющееся больным сердечно-сосудистым, онкологическим или иным угрожающим жизни заболеванием (диабет, эпилепсия и т.п.), или имеющее симптомы такого заболевания принимается на страхование только при условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения договора страхования.

2.8. Выгодоприобретатель – одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховых выплат по договору страхования. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено договором страхования.

2.8.1. Выгодоприобретатель, не являющийся Застрахованным лицом, назначается с письменного согласия Застрахованного лица. При назначении Выгодоприобретателя без согласия Застрахованного лица договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае его смерти - по иску его наследников.

2.8.2. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний до 18 лет, то в качестве получателя страховой выплаты может выступать только законный представитель Застрахованного лица.

2.8.3. В случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица. Таких лиц может быть установлено как одно, так и более. В последнем случае Страхователь обязан указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

2.8.4. При отсутствии Выгодоприобретателя по договору страхования (не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом) выплата производится наследникам

Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством, в этом случае страховая выплата производится пропорционально их наследственным долям.

2.8.5. Замена Выгодоприобретателя по договору страхования допускается только с письменного согласия Застрахованного лица. 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.

2.9. **Третьи лица** - любые лица за исключением Страхователя, Выгодоприобретателя, членов их семей и лиц, ведущих с ними совместное хозяйство, родственников, лиц, находящихся на иждивении Страхователя, арендаторов. Договором страхования может быть предусмотрено иное определение состава третьих лиц.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования от несчастных случаев и болезней являются имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного), связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями признаются:

4.1.1. По риску **«Смерть»**:

4.1.1.1. Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;

4.1.1.2. Смерть Застрахованного, наступившая в результате болезни.

Договор страхования считается заключенным на случай, предусмотренный п. 4.1.1.2, только если это прямо указано в договоре страхования. В противном случае, по риску «Смерть» Договор страхования считается заключенным только на случай, предусмотренный п. 4.1.1.1.

4.1.2. По риску **«Инвалидность»**:

4.1.2.1. Установление инвалидности I, II или III группы или категории «ребенок-инвалид», явившейся результатом несчастного случая;

4.1.2.2. Установление инвалидности I, II или III группы или категории «ребенок-инвалид», явившейся результатом болезни.

Договор страхования считается заключенным на случай, предусмотренный п. 4.1.2.2, только если это прямо указано в договоре страхования. В противном случае, по риску «Инвалидность» договор страхования считается заключенным только на случай, предусмотренный п. 4.1.2.1.

4.1.3. По рискам **«Нетрудоспособность»**, **«Травма»**:

4.1.3.1. По риску **«Нетрудоспособность»** - временная потеря работающим Застрахованным общей трудоспособности или приведшая неработающего Застрахованного к лечению и регулярным осмотрам по назначению врача в условиях лечебно-профилактического учреждения, наступившая в результате несчастного случая, подтвержденная медицинским заключением из лечебно-профилактического учреждения и, для работающего Застрахованного, листком временной нетрудоспособности;

4.1.3.2. По риску **«Травма с выплатами по таблице 6.1.»** - частичное расстройство функций организма в результате несчастного случая в связи с получением травм, приведшее к повреждениям, указанным в **«Таблице страховых выплат в связи с травмами и их последствиями»** (Таблица 6.1. в Приложении № 6 к настоящим Правилам);

4.1.3.3. По риску **«Травма с выплатами по таблице 6.7.»** - частичное расстройство функций организма в результате несчастного случая в связи с получением травм, приведшее к повреждениям, указанным в **«Таблице страховых выплат в связи с травмами и их последствиями»** (Таблица 6.7. в Приложении № 6 к настоящим Правилам);

4.1.3.4. По риску **«Нетрудоспособность»** - временная потеря работающим Застрахованным общей трудоспособности или приведшая неработающего Застрахованного к лечению и регулярным осмотрам по назначению врача в условиях лечебно-профилактического учреждения, наступившая в результате заболевания, подтвержденного медицинским заключением из лечебно-профилактического учреждения и, для работающего Застрахованного, листком временной нетрудоспособности.

4.1.4. По риску **«Профессиональная нетрудоспособность»** - невозможность занятия своей привычной трудовой деятельностью, которой Застрахованный занимался до наступления несчастного случая или возникновения и диагностирования заболевания, а также любой сходной профессиональной деятельностью,

которой он мог бы заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, обусловленная несчастным случаем или заболеванием и установленная в период действия договора.

4.1.5. По риску **«Заражение донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции»** - полученное в дату сдачи крови и (или) её компонентов заражение, диагностированное в период действия договора страхования.

4.1.6. По риску **«Опасное заболевание»** - впервые развившееся и диагностированное в период действия договора страхования заболевание, предусмотренное «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий» (Приложение № 7 к настоящим Правилам), и не являющееся следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в соответствующем «Перечне состояний квалифицируемых как предшествующие состояния наступления критического заболевания» (Приложение № 8 к настоящим Правилам). Страховым случаем не является нетрудоспособность или инвалидность, если опасное заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех месяцев со дня вступления в силу договора страхования.

При заключении договора страхования Страховщик определяет список опасных заболеваний, на случай которых производится страхование, выбирая из указанного Перечня. Конкретный список опасных заболеваний является обязательным приложением к договору страхования.

4.1.7. По риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** - событие, предусмотренное п. 1.2.11 настоящих Правил.

4.1.8. По риску **«Госпитализация в результате болезни»** - событие, предусмотренное п. 1.2.11 настоящих Правил.

4.1.9. По риску **«Хирургическая операция в результате несчастного случая»** - событие, предусмотренное п. 1.2.12 настоящих Правил.

4.1.10. По риску **«Хирургическая операция в результате болезни»** - событие, предусмотренное п. 1.2.12 настоящих Правил.

4.1.11. По риску **«Консультативная помощь»** - событие, предусмотренное п. 1.2.27 настоящих Правил.

4.2. События, указанные в п.п. 4.1.1 - 4.1.10 признаются страховыми случаями, если они явились следствием несчастного случая или (если это предусмотрено договором страхования) болезни Застрахованного, при этом:

4.2.1. несчастный случай, следствием которого они явились, произошел в период действия договора страхования;

4.2.2. болезнь, следствием которой они явились, впервые диагностирована в период действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное;

4.2.3. события, перечисленные в п.п. 4.1.1, 4.1.2, признаются страховыми случаями, если они произошли не позднее, чем в течение одного года со дня несчастного случая (диагностирования болезни), если договором страхования не предусмотрено иное.

4.3. События, перечисленные в п.п. 4.1.3, 4.1.4, признаются страховыми случаями, только если они произошли в течение срока действия договора страхования.

4.4. По всем рискам не покрываются страхованием события, явившиеся результатом:

4.4.1. действий, совершенных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения, в результате употребления им наркотических, сильнодействующих лекарственных препаратов и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

4.4.2. психических или тяжелых нервных расстройств, гипертонической болезни (инсульта) либо эпилептических припадков, если Застрахованный страдал ими в течение года до заключения договора страхования;

4.4.3. управления Застрахованным источником повышенной опасности (в т.ч. любым средством транспорта или иными моторными машинами, аппаратами, приборами и др.) без права такого управления либо в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, а также заведомой передачи управления лицу, не имевшему права управления или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения, а также в случае, если Застрахованное лицо, или лицо, которому Застрахованный передал управление ТС, было направлено на медицинское освидетельствование (экспертизу)

на предмет алкогольного (наркотического, токсического) опьянения, но отказалось пройти экспертизу, либо не предоставило Страховщику ее результаты;

4.4.4. злокачественного новообразования, если злокачественные заболевания впервые были диагностированы до заключения договора страхования, или Застрахованный на момент заключения договора страхования состоял на диспансерном учете в медицинском учреждении по поводу этих заболеваний, и/или знал, но не уведомил Страховщика о таких заболеваниях при заключении договора страхования;

4.4.5. болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом, эпилепсией, психическими заболеваниями, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями; инфекционными заболеваниями, за исключением инфицирования Застрахованных доноров, сдающих кровь и (или) её компоненты;

4.4.6. самоубийства или покушения на самоубийство, а также травм и заболеваний в результате покушения на самоубийство в первые два года действия договора страхования, за исключением случаев (подтвержденных документами компетентных органов), когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц;

4.4.7. нормального и/или осложненного течения беременности и/или родов;

4.4.8. операции по перемене пола, косметических или пластических операций, операций по стерилизации, лечению бесплодия, операции по прерыванию беременности не по медицинским показаниям;

4.4.9. исполнения судебного акта и/или во время пребывания в местах лишения свободы;

4.4.10. прохождения срочной военной службы, сборов и т.п.;

4.4.11. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажира и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

4.4.12. занятий Застрахованным профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки;

4.4.13. занятий Застрахованным рисковыми видами спорта (авиационный спорт, парашютизм, дельтапланеризм, альпинизм, конный спорт (верховая езда), картинг, авто-мотогонки, сноуборд, дайвинг, горные или водные лыжи, бокс, боевые искусства, хоккей, катание на коньках или роликах и другие виды спорта (деятельности), характеризующиеся повышенным травматизмом);

4.4.14. умышленного пребывания Застрахованного в обстановке необычно высокой опасности, за исключением случаев, когда необходимость этого была связана с попыткой спасения жизни людей;

4.4.15. обращения Застрахованного донора за медицинской помощью (нахождение его на диспансерном учете в лечебно-профилактическом учреждении) по поводу лечения хронических инфекционных заболеваний, включая обострения, которые могли возникнуть при выполнении донорской функции, в течение 12 месяцев, предшествующих дате заключения договора страхования.

4.4.16. хирургической операции – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, лечением наследственных заболеваний; в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции; лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, происшедшим в течение срока страхования); проведение диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии; оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% от общей поверхности тела; операции, связанные с лечением или удалением аденоидов или миндалин в течение первых 180 (ста восьмидесяти) дней с начала действия договора страхования; операции, связанные с вскрытием воспалений кожи, тканей и суставов, удалением шовного материала; пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования); операции по смене пола, хирургические операции вследствие официально признанных случаев эпидемий, операции по удалению непролиферирующих (неинвазивных) опухолей *in situ*, операции в связи с любыми видами рака кожи, за исключением пролиферирующей (инвазивной) злокачественной меланомы, наложение швов на кожу, операции по устранению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы;

4.4.17. госпитализации – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, лечением зубов, пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем), стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением или лечением бесплодия, венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, лечением наследственного заболевания, проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, а также госпитализации, насту-

пившие вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф).

4.5. По соглашению Сторон договором страхования страховым случаем могут быть признаны события, перечисленные в п.п. 4.4.3, 4.4.11- 4.4.14 настоящих Правил.

4.6. В случае, если Застрахованный пропал без вести, а договором страхования предусмотрено страхование на случай смерти, то риск смерти считается реализовавшимся, если в решении суда об объявлении Застрахованного умершим будет указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая.

4.7. Договор страхования может быть заключен в отношении событий, произошедших:

4.7.1. в течение 24 часов в сутки;

4.7.2. во время исполнения Застрахованным служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении);

4.7.3. во время спортивных соревнований, тренировок, спортивных сборов, пути следования к месту их проведения и обратно, подготовки и обслуживания спортивной техники и инвентаря;

4.7.4. в другое время, предусмотренное договором страхования.

В случае, если договором страхования не оговорено иное, он считается заключенным в отношении событий, произошедших в течение 24 часов в сутки.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

5.1. Страховая сумма устанавливается единой (общей) на все страховые риски, предусмотренные договором страхования.

5.2. При коллективном страховании страховая сумма устанавливается одним из следующих вариантов:

5.2.1. на каждого Застрахованного. Общая страховая сумма по всем Застрахованным определяется путем умножения страховой суммы, установленной на одного Застрахованного, на количество Застрахованных, если страховые суммы равны, или сложением страховых сумм по каждому Застрахованному, если страховые суммы разные;

5.2.2. на всех Застрахованных. Каждый из Застрахованных считается застрахованным в равных долях от страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.3. По договору страхования, заключение которого обусловлено соглашением между Сторонами по кредитному договору (где одна из сторон – Застрахованный), страховая сумма может определяться одним из следующих двух вариантов:

5.3.1. страховая сумма остается постоянной в течение срока действия договора страхования;

5.3.2. страховая сумма уменьшается в течение срока страхования в соответствии с математическим законом уменьшения размера задолженности по кредиту при его погашении равными платежами либо равными долями. График изменения страховой суммы указывается в договоре страхования.

5.4. По договору страхования могут быть установлены лимиты ответственности в размере, определенном договором страхования. В частности, по договору страхования, заключение которого обусловлено соглашением между Сторонами по кредитному договору (где одна из сторон – Застрахованный), может быть установлен лимит ответственности в размере задолженности Застрахованного по кредитному договору на дату страхового случая.

При этом, под задолженностью понимается сумма основного долга, процентов за пользование кредитом, штрафных санкций за просрочку исполнения обязательств по погашению кредита, а также комиссий, подлежащих уплате в соответствии с кредитным договором.

5.5. Если объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью водителя и пассажиров указанного в договоре страхования транспортного средства, в договоре страхования может быть указан один из следующих вариантов определения страховой суммы:

5.5.1. по «**системе мест**». В этом случае 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») строго равно максимальному количеству посадочных мест в транспортном средстве в соответствии с нормативами, установленными заводом - изготовителем и указанному в паспорте транспортного средства;

5.5.2. по «паушальной системе». В этом случае устанавливается общий размер страховой суммы для всех Застрахованных лиц. Численность Застрахованных лиц строго равна максимально допустимому количеству 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: 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 % страховой суммы на общее число пострадавших – если пострадали четыре и более Застрахованных лица.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза (часть страховой суммы, не подлежащая возмещению). Франшиза может устанавливаться в денежном эквиваленте или в процентах от страховой суммы, по отдельным рискам или по всем рискам (по договору страхования), по отдельным группам Застрахованных лиц или по конкретному Застрахованному лицу (в случае коллективного страхования); по рискам «Нетрудоспособность» и «Госпитализация» - по каждому страховому случаю и/или в виде временного интервала нахождения на лечении. При условной франшизе Страховщик не возмещает убытки, не превышающие сумму франшизы, но возмещает убытки полностью, если сумма убытков превышает сумму франшизы. При безусловной франшизе Страховщик возмещает только положительную разницу между суммой убытков и суммой франшизы.

5.7. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование в валютном эквиваленте).

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. При заключении договоров страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

6.2. Основываясь на базовых тарифах, Страховщик при заключении договоров страхования, для определения тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и конкретные условия страхования, вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты, в соответствии с Приложением № 1 к настоящим Правилам.

6.3. Наличие максимальных и минимальных значений поправочных коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать степень страхового риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по заключаемому договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

7.1. Страховая премия рассчитывается исходя из величины страховой суммы и страхового тарифа, учитывающего конкретные условия страхования и степень страхового риска.

7.2. Оплата страховой премии (страхового взноса) производится наличными или безналичным расчетом, единовременным платежом или в рассрочку страховыми взносами. Порядок и сроки оплаты устанавливаются в договоре страхования по соглашению Страхователя и Страховщика.

7.3. Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его представителя при оплате безналичным расчетом или дата получения денежных средств Страховщиком или представителем Страховщика при оплате наличными.

7.4. При установлении страховой суммы в рублевом эквиваленте иностранной валюты уплата страховой премии (страхового взноса) производится в рублях по официальному курсу иностранных валют ЦБ РФ на дату уплаты при наличном расчете или на дату выставления счета на оплату страховой премии (страхового взноса) Страховщиком при безналичном расчете.

7.5. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки или уплаты его в меньшей, чем предусмотрено договором страхования, сумме, договор страхования прекращается в соответствии с п. 8.11.3 настоящих Правил.

При этом договор страхования может быть прекращен не ранее, чем со дня, следующего за днем, установленным договором страхования для уплаты очередного страхового взноса.

7.6. При страховании на срок менее года страховая премия уплачивается в определенном проценте годовой премии в соответствии с Приложением № 1 к настоящим Правилам.

7.7. При заключении договора страхования на срок более года страховая премия по договору страхования устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год (включая последний неполный год), при этом, страховой взнос за последний неполный год рассчитывается как часть страхового взноса за год, пропорционально количеству месяцев последнего неполного года (неполный месяц действия договора страхования принимается за полный). В зависимости от условий страхования размер страхового взноса за каждый год может быть одинаковым для всех лет действия договора страхования, а также разным для каждого года действия договора страхования.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ

8.1. Договор страхования заключается на основании письменного (в произвольной форме) или устного заявления Страхователя. При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя, заявление является неотъемлемой частью договора страхования. При заключении договора страхования для определения условий страхования Страховщик вправе требовать заполнения Страхователем (Застрахованным) Заявления на страхование от несчастных случаев и болезней (Приложение № 2 к настоящим Правилам) и/или прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования. При заключении договора страхования на основании данных Заявления на страхование от несчастных случаев и болезней и/или медицинского освидетельствования, последние являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.2. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме путем составления Договора страхования (Приложение № 4 к настоящим Правилам) и/или вручения Страхователю страхового Полиса (Приложение № 3 к настоящим Правилам). Договор страхования составляется в количестве экземпляров, необходимых для каждой стороны и имеющих равную юридическую силу.

8.3. При заключении договора коллективного страхования отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем подписания сторонами договора страхования с приложением списка Застрахованных лиц (Приложение № 4.1 к настоящим Правилам). Застрахованные лица могут быть указаны поименно либо иным способом, позволяющим однозначно идентифицировать Застрахованное лицо при наступлении страхового случая.

8.4. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю (Застрахованному) на основании его письменного заявления выдается дубликат утраченного документа.

8.5. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

8.6. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

8.6.1. Договор страхования может заключаться на любой срок.

8.6.2. Если страховая премия или её первый взнос не были уплачены в сроки, установленные договором страхования, или были оплачены не в полном объеме, договор страхования считается не вступившим в силу и не порождает для сторон каких-либо правовых последствий. Оплаченная с просрочкой или не в полном объеме страховая премия или ее первый взнос возвращается Страхователю.

8.7. В договоре страхования может быть установлена временная франшиза (период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, происходящие с Застрахованным лицом). При этом обязательства Страховщика по договору страхования возникают по окончании временной франшизы. Временная франшиза может быть установлена как по договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам.

Если иное не предусмотрено договором страхования, по рискам устанавливаются следующие временные франшизы:

8.7.1. по риску «Опасные заболевания» (п. 4.1.6 Правил) - 90 дней;

8.7.2. по риску «Госпитализация» в результате болезни Застрахованного лица (п.п. 4.1.7 - 4.1.8 Правил) - 60 дней. При этом в случае экстренной госпитализации временная франшиза не устанавливается;

8.7.3. по риску «Хирургическая операция» в результате болезни Застрахованного лица (п.п. 4.1.9 – 4.1.10 Правил) - 90 дней.

8.8. Страховая защита по договору страхования может действовать 24 часа в сутки (круглосуточно), либо по соглашению Сторон страховыми могут признаваться случаи, произошедшие с Застрахованным лицом:

8.8.1. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), исключая время пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно;

8.8.2. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно. Время нахождения в пути может быть ограничено определенным временным промежутком, указанным в договоре страхования;

8.8.3. только в быту (во время, свободное от исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей);

8.8.4. только во время спортивных соревнований, тренировок, спортивных сборов, пути следования к месту их проведения и обратно, подготовки и обслуживания спортивной техники и инвентаря;

8.8.5. только в результате дорожно-транспортного происшествия, то есть на дороге с участием моторизованного транспортного средства передвижения;

8.8.6. только во время мероприятий, поездок, выполнения работ, определенных договором страхования;

8.8.7. в любое другое время, предусмотренное договором страхования.

8.9. Договором страхования может быть предусмотрено установление периодов страхования с изменяемым объемом ответственности Страховщика (лимитом ответственности). Даты начала и окончания действия периодов страхования указываются в договоре страхования. В случае, если договором страхования не устанавливаются периоды страхования, период страхования совпадает со сроком действия договора страхования. Объем ответственности Страховщика определяется на каждый из периодов отдельно и зависит от размера страховой суммы и других существенных условий договора страхования.

8.10. Все изменения в договор страхования оформляются в письменном виде. Если внесение изменений подразумевает уплату дополнительной премии, последняя рассчитывается пропорционально сроку действия измененных условий в месяцах, при этом неполный месяц действия измененных условий считается за полный.

8.11. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

8.11.1. по окончании срока действия договора страхования;

8.11.2. при исполнении Страховщиком своих обязательств по договору индивидуального страхования в полном объеме. При этом, в случае полного исполнения обязательств в отношении конкретного Застрахованного по договору коллективного страхования, действие прекращается только в отношении данного Застрахованного;

8.11.3. по инициативе Страховщика в связи с неуплатой Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленный договором страхования срок, о чем Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление;

8.11.4. по требованию Страхователя;

8.11.5. в случае смерти Застрахованного в течение срока действия договора страхования, не являющейся страховым случаем;

8.11.6. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, не являющегося Застрахованным, до окончания срока действия договора страхования, если обязанность Страхователя по уплате страховых взносов не исполнена в полном объеме и иное лицо не приняло на себя права и обязанности Страхователя по договору страхования. При этом, если подлежит прекращению договор страхования, по которому часть обязанностей Страхователя исполнена Застрахованным или иным лицом, то Страховщик обязан предложить лицу, имеющему право распоряжаться имуществом Страхователя в процессе ликвидации Страхователя – юридического лица, либо наследнику Страхователя – физического лица, осуществить перемену лиц в обязательстве из договора страхования (передать права и обязанности Страхователя по договору страхования лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя). Данная перемена лиц в обязательстве из договора страхования оформляется соответствующим соглашением;

8.11.7. в случае отказа Страхователя - физического лица от договора в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения.

8.12. В случае досрочного прекращения договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным п.п. 8.11.2, 8.11.3, 8.11.6 настоящих Правил, страховая премия возврату не подлежит.

8.13. При досрочном прекращении на основании п. 8.11.4 настоящих Правил договора страхования, заключенного со Страхователем - юридическим лицом, а также досрочном прекращении на том же основании договора страхования со Страхователем - физическим лицом по истечении четырнадцати календарных дней со дня его заключения, Страховщик имеет право на часть фактически уплаченной страховой премии за истекший период действия договора страхования. В случае досрочного прекращения договора, заключенного со Страхователем - физическим лицом, в срок, не превышающий четырнадцать календарных дней со дня его заключения, возврат Страхователю уплаченной страховой премии осуществляется в соответствии с порядком, предусмотренным п. 8.15 настоящих Правил.

8.14. При досрочном прекращении договора страхования на основании п. 8.11.5 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть фактически уплаченной страховой премии за истекшие месяцы действия договора страхования (неполный месяц действия договора страхования считается за полный), а также расходы Страховщика на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки. При этом, при досрочном прекращении договора страхования, заключение которого обусловлено соглашением между Сторонами по кредитному договору (где одна из сторон - Застрахованный), возврата страховых взносов не предусматривается. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок расчета части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю.

8.15. При досрочном прекращении договора на основании п. 8.11.7 настоящих Правил и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном размере.

Если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10-ти рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.16. Если по договору страхования производилась выплата или на момент расторжения договора страхования заявлен убыток, возврат страховой премии не производится, за исключением возврата страховой премии в случае досрочного расторжения договора страхования по причинам, предусмотренным в п. 8.11.5 настоящих Правил.

8.17. Расторжение договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя, за исключением случаев расторжения договора страхования по инициативе Страховщика, оригинал договора страхования Страхователь возвращает Страховщику. При прекращении договора страхования по инициативе Страхователя, за исключением досрочного прекращения договора на основании п. 8.11.7 настоящих Правил, датой прекращения будет считаться дата, указанная в заявлении Страхователя. При этом, если Страховщик получает заявление Страхователя позже даты прекращения, указанной в заявлении Страхователя, то датой прекращения договора страхования будет считаться дата получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя. Возврат страховой премии производится в течение 10 рабочих дней с момента досрочного прекращения договора страхования.

8.18. При изменении условий договора коллективного страхования в связи с прекращением действия страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страховщик имеет право на часть фактически уплаченной страховой премии за истекшие месяцы действия договора страхования (неполный месяц действия договора страхования считается за полный), а также расходы Страховщика на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки.

По соглашению Сторон возврат Страхователю оставшейся части страховой премии может быть отложен до даты, согласованной Сторонами, или, в случае последующего включения в договор страхования новых Застрахованных лиц, увеличения страховых сумм, уплаты очередного страхового взноса и т.п., проведен взаимозачет.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок перерасчета суммы страховой премии при изменении списка Застрахованных лиц и страховых сумм.

8.19. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме и направлены Стороне по договору страхования. Все уведомления и извещения направляются по адресам, указанным в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страхователя (Застрахованных), Страховщика, или Выгодоприобретателя, Стороны обязуются заблаговременно известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу. Договором страхования могут быть предусмотрены иные условия уведомления Сторон.

8.20. При установлении страховой суммы в рублевом эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) договора страхования/прекращения договора страхования в отношении отдельных Застрахованных при коллективном страховании, расчет части страховой премии, подлежащей возврату, производится в рублях по официальному курсу иностранных валют ЦБ РФ на дату расторжения (прекращения) договора страхования, но не более курса валюты, установленного ЦБ РФ на дату заключения договора страхования.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, когда он об этом узнал, сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, в том числе:

9.1.1. о смене профессиональной деятельности Застрахованного, связанной с путешествиями, переездами, командировками, либо с повышенным риском и(или) могущей привести к появлению профессиональных заболеваний;

9.1.2. о переезде (командировке) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 года;

9.1.3. о появлении увлечений, начале занятий рисковыми видами спорта (авиационный спорт, парашютизм, дельтапланеризм, альпинизм, конный спорт (верховая езда), картинг, авто-мотогонки, сноуборд, дайвинг, горные или водные лыжи, бокс, боевые искусства, хоккей, катание на коньках или роликах) и другими видами спорта (деятельности), характеризующиеся повышенным травматизмом;

9.1.4. о смене пола Застрахованного, инфицировании Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевании Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита), о заболеваниях сердечно-сосудистым, онкологическим или иным угрожающим жизни заболеванием (диабет, эпилепсия и т.п.);

9.1.5. установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай;

9.1.6. постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания;

9.1.7. лишение свободы по приговору суда;

9.1.8. другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая (включая изменение данных о Страхователе (Застрахованном лице), содержащихся в заявлении/анкете на страхование и договоре страхования).

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

Размер и сроки уплаты дополнительной страховой премии оговариваются в дополнительном соглашении к договору страхования.

Размер дополнительной страховой премии (Пд) определяется:

$$Пд = \frac{(П1 - П0) * М}{N}, \text{ где}$$

П0 – первоначально начисленная страховая премия по договору страхования;

П1 – страховая премия по договору страхования, соответствующая измененным условиям;

М – срок действия измененных условий в месяцах, при этом неполный месяц считается за полный;

N – срок действия договора страхования (неполный месяц страхования считается за полный).

9.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. На получение информации о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

10.1.2. На получение Правил и/или Условий страхования, разработанных на основе настоящих Правил, на основании которых заключен договор страхования;

10.1.3. На получение оригинала договора страхования и его дубликата в случае его утраты;

10.1.4. На получение консультаций Страховщика об условиях настоящих Правил и условиях действия договора страхования;

10.1.5. На получение страховой выплаты при признании события страховым, в соответствии с условиями, на которых был заключен договор страхования;

10.1.6. На досрочное прекращение договора страхования;

10.1.7. На замену Застрахованного лица, указанного в договоре страхования, другим лицом с согласия Застрахованного и Страховщика;

10.1.8. На замену Выгодоприобретателя с письменного согласия Застрахованного. 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;

10.1.9. На получение по запросу информации от Страховщика о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки степени страхового риска.

Обстоятельствами, имеющими значение для оценки страхового риска, в любом случае признаются сведения, указанные в договоре страхования (страховом полисе) и во всех приложениях к договору страхования;

10.2.2. Своевременно и в полном объеме уплачивать страховую премию (страховые взносы);

10.2.3. Извещать Страховщика обо всех обстоятельствах, которые могут повлечь за собой изменение степени риска, в соответствии с разделом 9 настоящих Правил;

10.2.4. Следовать указаниям Страховщика при осуществлении действий, предпринимаемых в связи с урегулированием убытков по страховому случаю;

10.2.5. Совершать иные действия, предусмотренные договором страхования и настоящими Правилами.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Проверять предоставляемую Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованными и иными лицами информацию, а также выполнение Страхователем условий настоящих Правил и договора страхования;

10.3.2. Требовать прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования при заключении договора страхования;

10.3.3. Проводить проверку обстоятельств по факту наступления события, имеющего признаки страхового;

10.3.4. Отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту страхового случая в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс;

10.3.5. Отказать в страховой выплате в случае признания события нестраховым, либо по иным основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и/или договором страхования, письменно уведомив об этом Страхователя (Выгодоприобретателя) и указав причины отказа;

10.3.6. Сократить перечень документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и при заключении договора страхования вручить их Страхователю;

10.4.2. Не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованных лицах, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.4.3. В случае признания события страховым случаем произвести страховую выплату в сроки, установленные настоящими Правилами и договором страхования.

10.5. Застрахованный имеет право:

10.5.1. Исполнять обязанности Страхователя (Выгодоприобретателя) по договору страхования в случае смерти Страхователя - физического лица или в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по договору страхования не освобождает Страхователя или иное лицо, принявшего на себя права и обязанности Страхователя по договору страхования, от исполнения других обязанностей по договору страхования.

10.6. Застрахованный обязан:

10.6.1. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, незамедлительно, но в любом случае в срок не более 1 суток, обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда;

10.7. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:

10.7.1. В срок не более 30 дней с момента, когда у него появилась возможность сообщить о событии, имеющем признаки страхового, известить о нем Страховщика в письменной форме;

10.7.2. При обращении за страховой выплатой Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованный) обязан предоставить Страховщику:

10.7.2.1. Заявление о произошедшем событии с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты (Приложение № 5 к настоящим Правилам);

10.7.2.2. При индивидуальном страховании - оригинал договора страхования (страхового полиса) и документ об оплате договора страхования (страхового полиса);

10.7.2.3. Копию паспорта Застрахованного (свидетельства о рождении ребенка и копию паспорта законного представителя ребенка (отца, матери, опекуна), если страховое событие произошло с Застрахованным до достижения 14 лет);

10.7.2.4. В случае смерти Застрахованного лица:

– нотариально заверенную копию свидетельства ЗАГСА (а) о смерти или вступившее в законную силу решение суда об объявлении Застрахованного умершим;

– медицинские документы или документы органов санитарно-эпидемиологической службы, подтверждающие диагноз заболевания, если смерть наступила в результате заболевания;

– акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования с указанием причины смерти, диагноза и наличия/отсутствия опьянения, или выписку из медицинской карты (если судебно-медицинское или патологоанатомическое исследование не проводилось) с указанием диагноза и наличия опьянения;

– акт патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не проводилось – копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копию справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти).

10.7.2.5. В случае установления инвалидности:

– документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, с указанием диагноза и даты диагностирования заболевания (травмы), приведшего к установлению группы инвалидности и позволяющий сделать заключение о причинах стойкой нетрудоспособности (инвалидности): выписка из медицинской карты/истории болезни, копия направления на медико-социальную экспертизу;

– копию свидетельства (справки), выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, об установлении Застрахованному группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»), заверенную соответствующим медицинским учреждением.

10.7.2.6. В случае нетрудоспособности:

– документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, о лечении по поводу травмы или заболевания, с указанием диагноза и с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других одурманивающих веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий и даты диагностирования заболевания (травмы), приведшего к временной нетрудоспособности и позволяющий сделать заключение о причинах временной нетрудоспособности;

– рентгенограммы с описанием (обязательно при переломах любой локализации);

– заключение невролога, электроэнцефалограмма с заключением (обязательно при закрытой черепно-мозговой травме – сотрясении, ушибе, разможжении головного мозга);

– копию закрытых листов временной нетрудоспособности, заверенные работодателем Застрахованного (для работающего Застрахованного);

– выписку из медицинской карты и/или выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения.

10.7.2.7. В случае травмы:

– документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, о лечении по поводу травмы или заболевания, с указанием диагноза и с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других одурманивающих веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий и даты диагностирования заболевания (травмы), приведшего к временной нетрудоспособности и позволяющий сделать заключение о причинах временной нетрудоспособности;

– рентгенограммы с описанием (обязательно при переломах любой локализации);

– заключение невролога, электроэнцефалограмма с заключением (обязательно при закрытой черепно-мозговой травме – сотрясении, ушибе, разможжении головного мозга);

– выписку из медицинской карты и/или выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения.

10.7.2.8. В случае профессиональной нетрудоспособности:

– справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством РФ, о степени утраты профессиональной трудоспособности;

– копию направления на освидетельствование;

– справку из ЛПУ с указанием диагноза, по поводу которого установлена степень утраты профессиональной трудоспособности;

– выписку из истории болезни или амбулаторной карты.

10.7.2.9. В случае заражения донора крови и (или) ее компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции:

– копию закрытых листов временной нетрудоспособности, заверенные работодателем Застрахованного (для работающего Застрахованного);

– выписку из медицинской карты амбулаторного больного или истории болезни с результатами анализов и процедур, относящихся к обращению Застрахованного в связи с заражением инфекционным заболеванием в результате выполнения им донорской функции. А также информацию об имевшихся у Застрахованного профессиональных, общих хронических и других заболеваний до момента заражения инфекционным заболеванием в результате выполнения донорской функции;

– медицинское заключение Страхователя о состоянии здоровья Застрахованного по данным медицинского обследования перед сдачей им крови (ее компонентов);

– медицинскую справку или иной документ, подтверждающий факт заражения Застрахованного инфекционным заболеванием в результате выполнения им донорских функций.

10.7.2.10. В случае опасного заболевания:

– копию закрытых листков временной нетрудоспособности, заверенные работодателем Застрахованного (для работающего Застрахованного);

– выписку из медицинской карты амбулаторного больного за 12 месяцев, предшествующих вступлению договора страхования в силу и/или выписной эпикриз из истории болезни с результатами анализов и процедур, относящихся к обращению Застрахованного за медицинской помощью;

– медицинские документы или документы органов санитарно-эпидемиологической службы, подтверждающие диагноз заболевания, если смерть наступила в результате заболевания;

– оригинал свидетельства (справки) МСЭК об установлении Застрахованному группы инвалидности (для Застрахованных в возрасте до 18-ти лет – оригинал справки, выданной отделом социального обеспечения по месту жительства родителей, опекуна, попечителя), если требование о страховой выплате связано с установлением Застрахованному группы инвалидности.

10.7.2.11. В связи с госпитализацией:

– копию закрытых листков временной нетрудоспособности, заверенные работодателем Застрахованного (для работающего Застрахованного), в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;

– выписку(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);

– переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);

– выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

– выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках указанного страхования (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования в соответствии с настоящими Правилами);

– данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получении медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный в течение 5 лет до заключения договора страхования;

– данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования;

– заключение независимой экспертизы.

10.7.2.12. В связи с хирургическими операциями:

– копию закрытых листков временной нетрудоспособности, заверенные работодателем Застрахованного (для работающего Застрахованного), в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;

– выписку(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);

– выписку(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);

– переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);

– результаты проведенных диагностических исследований;

– выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

– выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения договора страхования), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения договора страхования) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках указанного страхования (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования в соответствии с настоящими Правилами);

– данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получении медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования;

– данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращения и получении медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования;

– медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;

– заключение независимой экспертизы.

10.7.2.13. Оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;

10.7.2.14. Акт о несчастном случае на производстве, если реализация страхового риска связана с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным служебных обязанностей;

10.7.2.15. Акт о несчастном случае с пассажиром на железнодорожном транспорте, составленный представителем железной дороги (при страховании пассажиров железнодорожного транспорта);

10.7.2.16. Документ, удостоверяющий личность и полномочия Выгодоприобретателя или его представителя (в том числе доверенность, документы, подтверждающие вступление в права наследования, и т.д.).

10.8. В случае, если для решения вопроса о произведении страховой выплаты Страховщику потребуется дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного прохождения медицинской экспертизы в указанном Страховщиком лечебном учреждении.

10.9. При необходимости Страховщик вправе потребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя) и другие документы, подтверждающие факт и обстоятельства страхового случая.

10.10. Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз и дополнительного медицинского обследования Застрахованного лица за счет средств Страховщика.

10.11. Если Застрахованный отказался от проведения медицинского обследования либо обследования в ходе производства экспертизы, Страховщик вправе отказать в страховой выплате полностью или частично, если полученные Страховщиком сведения не позволяют сделать однозначный вывод о наступлении страхового случая и/или об объеме страховой выплаты.

10.12. Если договором страхования предусмотрена территория страхования, выходящая за пределы территории Российской Федерации, то в случае, если событие, имеющее признаки страхового, произошло за пределами территории Российской Федерации, представляются документы, установленные (принятые) национальными или местными законами и правилами, действующими в данной стране к составлению и выдаче в таких случаях.

Представленные страховщику документы должны быть переведены на русский язык и заверены у нотариуса (апостилированы).

Расходы по сбору и переводу таких документов оплачивает Страхователь (Застрахованный / Выгодоприобретатель).

10.13. Если будет установлено, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для опреде-

ления вероятности наступления страхового случая (о состоянии здоровья, роде занятий, возможном пребывании Застрахованного в обстановке необычно высокой опасности и т.д.), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным, за исключением случаев, когда обстоятельства, о которых он умолчал, отпали.

10.14. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Выгодоприобретателя) полного или частичного возврата страховой выплаты, если после страховой выплаты Страховщику станут известны существенные обстоятельства, которые не были и не могли быть ему известны в момент принятия решения о страховой выплате и с учетом которых, будь они известны Страховщику, страховая выплата не была бы произведена или была бы произведена в меньшем размере.

10.15. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного очередного страхового взноса (ов).

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая составляет:

11.1.1. По риску «Смерть» - 100% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат;

11.1.2. По риску «Инвалидность»:

11.1.2.1. При установлении инвалидности I группы – 100% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат;

11.1.2.2. При установлении инвалидности II группы – 80% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат по этому страховому случаю;

11.1.2.3. При установлении инвалидности III группы – 60% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат по этому страховому случаю;

11.1.2.4. При установлении категории «ребенок-инвалид» – 100% страховой суммы, за вычетом ранее произведенных выплат по этому страховому случаю;

11.1.2.5. Договором страхования может быть предусмотрена выплата иного процента от страховой суммы по каждой группе инвалидности.

11.1.3. По риску «Нетрудоспособность» - 0,2% за каждый день нетрудоспособности работающего Застрахованного (непрерывного лечения по поводу нарушения здоровья неработающего Застрахованного), начиная с 6-го дня, но не более 100 дней за один страховой случай.

Если продолжительность временной нетрудоспособности превышает ориентировочный срок временной нетрудоспособности, определенный согласно документу «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)», утвержденному Фондом социального страхования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации в действующей его редакции на момент наступления нетрудоспособности, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате за время лечения, превышающее более чем на 10% ориентировочный срок временной нетрудоспособности.

11.1.3.1. Договором страхования может быть предусмотрен иной размер выплаты за каждый день нетрудоспособности (не ниже 0,1% и не более 1% от страховой суммы) и период ее выплаты.

11.1.4. По риску «Травма» - процент от страховой суммы в соответствии с «Таблицей страховых выплат в связи со страховыми случаями» (Приложения № 6, 6.1 к настоящим Правилам). При одновременном повреждении различных органов размер страховой выплаты рассчитывается отдельно по каждому повреждению, а затем суммируется.

11.1.5. По риску «Профессиональная нетрудоспособность» - процент от индивидуальной страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации:

- при степени утраты от 10 до 30 процентов – 30 %;
- при степени утраты от 40 до 60 процентов – 60 %;
- при степени утраты от 70 до 90 процентов – 90 %;
- при степени утраты 100 процентов – 100 %.

11.1.6. По риску «Заражение донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции»:

- при нетрудоспособности Застрахованного в результате заражения инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции по сдаче крови и (или) её компонентов, наступившей в период действия договора страхования - единовременная страховая выплата в размере 0,3% от страховой суммы за каждый календарный день нетрудоспособности, начиная с 4-го дня, но не более чем за 90 дней за один страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом конкретный размер процента выплаты от страховой суммы устанавливается сторонами в договоре страхования и является постоянным в течение срока страхования;

- при установлении Застрахованному в период действия договора страхования инвалидности вследствие заражения инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции - единовременная страховая выплата за установление инвалидности I группы – 100 %, II группы – 80 %, III группы – 60 % от страховой суммы, за вычетом ранее выплаченных сумм, если они производились;

- при смерти Застрахованного от осложнений при сдаче крови и (или) её компонентов в виде тромбоза или воздушной эмболии и от заражения инфекционными заболеваниями вследствие выполнения им донорской функции по сдаче крови и (или) её компонентов, наступившей в период действия договора страхования - единовременная страховая выплата в размере 100 % страховой суммы за вычетом ранее выплаченных сумм, если они производились.

11.1.7. По риску «Опасное заболевание» - 100% страховой суммы.

11.1.8. По риску «Госпитализация» - 0,2% за каждый день госпитализации работающего Застрахованного (непрерывной госпитализации по поводу нарушения здоровья неработающего Застрахованного), начиная с 6-го дня, но не более 100 дней за один страховой случай.

11.1.8.1. договором страхования может быть предусмотрен иной размер выплаты за каждый день госпитализации (не ниже 0,1% и не более 1% от страховой суммы) и период ее выплаты.

11.1.8.2. В условиях договора страхования может быть дополнительно установлен удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения.

11.1.9. По риску «Хирургические операции» - процент от страховой суммы в соответствии с «Таблицей страховых выплат по страхованию на случай хирургических операций» (Приложение № 9 к настоящим Правилам).

11.2. При одновременном страховании по рискам «Нетрудоспособность» и «Травма», при наступлении страхового случая размер страховой выплаты определяется следующим образом:

11.2.1. Рассчитывается величина страховой выплаты по риску «Нетрудоспособность»;

11.2.2. Рассчитывается величина страховой выплаты по риску «Травма»;

11.2.3. Выплате подлежит максимальная величина из двух сумм, рассчитанных в соответствии с п.п. 11.2.1 и 11.2.2 настоящих Правил.

11.3. Выплата производится в размере, указанном в п.п. 11.1 – 11.2 настоящих Правил, но не более лимита ответственности, если он установлен договором страхования.

11.4. Сумма всех выплат по Договору страхования не может быть более страховой суммы.

11.5. По риску «Консультативная помощь» - сумма расходов по проведению мероприятий, указанных в п. 1.2.27 настоящих Правил.

11.6. При установлении страховой суммы в рублевом эквиваленте иностранной валюты расчет суммы страховой выплаты производится в рублях по официальному курсу иностранных валют ЦБ РФ на дату страхового случая, но не более курса валюты, установленного ЦБ РФ на дату заключения договора страхования.

11.7. Страховщиком установлен следующий порядок приема заявления о страховой выплате и прилагаемых к нему документов:

11.7.1. При приеме документов на страховую выплату Страховщик осуществляет фиксацию комплектности получаемых документов, в том числе с использованием автоматизированных систем.

11.7.2. При личном обращении за страховой выплатой Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

11.7.3. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления. В случае, если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

11.7.4. В случае выявления факта предоставления 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 принимает документы и в течение 15 рабочих дней уведомляет об этом факте подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

При этом, срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.8. В срок не более 15-ти рабочих дней после получения всех документов, перечисленных в п. 10.7.2 в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, Страховщик рассматривает заявление Страхователя (Выгодоприобретателя) и принимает решение об осуществлении страховой выплаты, либо представляет обоснованный отказ в страховой выплате.

11.9. В течение 10-ти рабочих дней после принятия решения об осуществлении страховой выплаты Страховщик производит страховую выплату Выгодоприобретателю. Страховщик не несет ответственность за нарушение сроков выплаты, если он направил уведомление о принятии решения об осуществлении страховой выплаты Страхователю (Выгодоприобретателю), но тот не явился за получением страховой выплаты, либо не представил Страховщику документы, необходимые для перечисления денежных средств. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе.

11.9.1. Страховщик имеет право увеличить срок рассмотрения документов для принятия решения о признании или не признании события страховым случаем, если по факту заявленного события возбуждено уголовное дело, возникла необходимость в проверке представленных документов. При этом срок рассмотрения документов увеличивается не более чем на 60 рабочих дней.

11.10. Страховщик осуществляет проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг путем запроса (устного и/или письменного) подтверждающих документов (паспорта, нотариально удостоверенного свидетельства, подтверждающего вступление в права наследования и т.д.).

11.11. Страховая выплата производится за вычетом налогов, предусмотренных налоговым законодательством, в случае, если Страховщик выступает налоговым агентом по отношению к выгодоприобретателю. Порядок расчета налога и его ставка устанавливаются нормативными актами, регламентирующими налоговые правоотношения.

12. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ И ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель):

12.1.1. В установленные настоящими Правилами сроки не уведомил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового (если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о его наступлении, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату).

12.2. Страховая выплата не осуществляется в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

- военных действий, маневров или иных военных мероприятий;
- действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- гражданских волнений всякого рода или забастовок;
- изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов;

– совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем, а также лиц, действующих по их поручению, умышленных действий, находящихся в прямой причинной связи со страховым случаем или направленных на его наступление, за исключением самоубийства Застрахованного, произошедшего по прошествии первых двух лет действия договора страхования (в том числе, совершения Застрахованным уголовного преступления).

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

13.1. В случае поступления Страховщику от Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя письменной мотивированной претензии, связанной с исполнением договора страхования, претензия рассматривается Страховщиком в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения претензии. Страховщик в ответ на претензию предоставляет письменный ответ.

13.2. Все споры по договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

14.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

14.1.1. О размере страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования;

14.1.2. О персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес проживания, контактная информация;

14.1.3. О персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

14.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

14.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по договору страхования передавать указанные в п. 14.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

14.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 14.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

14.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п. 14.1.2 и 14.1.3 Правил - и с письменного согласия Застрахованного.

14.6. При извещении Страхователя о прекращении действия договора страхования в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным в Правилах, Страховщик не указывает состояния здоровья Застрахованного.

14.7. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных от несчастных случаев и болезней, в т.ч. в целях урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (двадцати) лет с момента

прекращения действия договора страхования, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

14.8. Страховщик и партнеры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

14.9. Подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 14.8 настоящих Правил.

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

14.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика в течение 30 дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с заявлением о прекращении действия договора страхования в отношении такого Застрахованного.

15. ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ МЕЖДУ СТРАХОВАТЕЛЕМ И СТРАХОВЩИКОМ

15.1. Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (заявления о заключении Договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения Договора страхования, для получения страховой выплаты в случаях и в порядке, которые предусмотрены настоящими Правилами, осуществляются с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», указанного в договоре страхования. При этом указанный официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения указанных выше действий может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) с использованием единой системы идентификации и аутентификации.

15.2. При осуществлении добровольного страхования информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - физического лица, в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи» признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица, если Правилами страхования не предусмотрено иное.

Требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком при осуществлении добровольного страхования устанавливаются Правилами страхования и/или иным соглашением между указанными лицами с соблюдением требований Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

15.3. Договор добровольного страхования в соответствии с действующим законодательством может быть составлен в виде электронного документа. При этом, в случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», договор добровольного страхования, составленный в виде электронного документа,

считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре добровольного страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

16. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

16.1. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках договора страхования, являются его составной частью. К таким документам относятся анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, а также иные документы, необходимые для заключения договора страхования и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

16.2. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховых взносов или получении страховых выплат.

16.3. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением договора страхования направляются по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Стороны обязаны уведомить друг друга в течение 30-ти дней со дня наступления изменений. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

16.4. Устные сообщения Страхователя или Застрахованного или их сообщения, присланные по электронной почте, копии документов, не заверенные нотариально, могут быть приняты во внимание только при условии подтверждения их в письменной форме. При возникновении споров датой поступления документа в компанию является дата регистрации Страховщиком оригинала документа в письменной форме.

16.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил разрабатывать конкретные условия (Программы) страхования к отдельному договору страхования (полису), заключаемому в соответствии с настоящими Правилами, ориентированные на конкретного Страхователя, группу Страхователей, при условии их соответствия законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Таким условиям (Программам) Страховщиком могут быть присвоены маркетинговые названия.

16.6. Документы, подлежащие направлению в соответствии с настоящими Правилами в письменном виде, могут направляться по юридическому адресу Страховщика, а также с использованием электронного документооборота, предусмотренного разделом 15 настоящих Правил. Документы, подлежащие направлению в адрес Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, направляются по адресу (электронному адресу), указанному в договоре страхования (полисе, заявлении на страхование) или письменном обращении соответствующего лица.