

ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «РОСГОССТРАХ»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ПАО СК «Росгосстрах»



Г.А. Гальперин

2020 г.

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ № 81

(утверждены Приказом ОАО «Росгосстрах» № 18 от 29.05.1985г.,
в редакции, утвержденной решением ИД ОАО «Росгосстрах» Протокол № 28 от 09 февраля 2000г.,
в редакции, утвержденной Решениями ИД ОАО «Росгосстрах» Протокол № 96 от 16.05.2000г.,
в редакции, утвержденной Приказом ОАО «Росгосстрах» № 39 от 05.04.2002г.,
в редакции, утвержденной Приказами ОАО «Росгосстрах» № 89 от 16.12. 2011г.,
№ 22 от 28. 04.2012г., № 71 от 24.04.2014г., в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК
«Росгосстрах» № 343 от 30.05.2016г., в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах»
№ 702 от 29.10.2018г., в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 295 от
10.04.2019г., в редакции утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 518 от 22.05.2019г.,
в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 843 от 16.09.2019г.,
в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» от 16.03.2020г. № 7-180)

Москва,
2020

Содержание:

1. Субъекты страхования (Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).
2. Объект страхования.
3. Страховые риски, страховые случаи.
4. Порядок определения размера страховой суммы, франшиза.
5. Срок действия договора страхования.
6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии.
7. Договор страхования: порядок его заключения, исполнения, внесения в него изменений, дополнений и прекращения.
8. Права и обязанности Сторон договора страхования.
9. Определение размера, порядка и условий страховой выплаты.
10. Основания для отказа в страховой выплате.
11. Порядок разрешения споров.
12. Глоссарий (определение терминов для целей Правил страхования).

1. Субъекты страхования (Страховщик, Страхователь, Застрахованное Лицо, Выгодоприобретатель)

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования от несчастных случаев (далее Правила страхования) Страховщик ПАО СК «Росгосстрах», заключают договоры страхования от несчастных случаев с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами.

1.2. Страхователем является заключившее договор страхования со Страховщиком и уплатившее обусловленное этим договором страхования плату юридическое лицо любой формы собственности или дееспособное физическое лицо, либо физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуальных предпринимателей.

1.3. Застрахованное лицо - физическое лицо, возраст которого на момент заключения договора страхования составляет от 1 (одного) года до 74 лет включительно, названное в договоре страхования как Застрахованное лицо, в пользу которого заключён договор страхования, если условиями страховых Программ (Продуктов), разработанных Страховщиком на основании настоящих Правил страхования, не предусмотрено иное.

В случае если Страхователь — физическое лицо заключил договор страхования в свою пользу, то он одновременно является Застрахованным лицом.

В случае если Страхователем по договору страхования выступает юридическое лицо, то, по соглашению Страхователя и Страховщика, возраст Застрахованного лица на момент заключения договора страхования может превысить 74 года.

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

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

Страхователь, в течение действия договора страхования может заменить Выгодоприобретателя другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

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

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

1.5. Страховщик вправе не заключать Договор страхования в отношении следующих категорий лиц:

1.5.1. Инвалидов I, II групп (за исключением заключения договора страхования, по которому Страхователем выступает юридическое лицо, на индивидуальных условиях, указанных в договоре страхования);

1.5.2. Лиц, имеющих основания (в том числе оформленные соответствующим документом - направлением) для назначения инвалидности либо являвшиеся инвалидами ранее, но не прошедшие очередное переосвидетельствование;

1.5.3. Детей, которым установлена категория «ребенок-инвалид» (за исключением заключения договора страхования, по которому Страхователем выступает юридическое лицо, на индивидуальных условиях, указанных в договоре страхования);

1.5.4. Лиц, страдающих психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом, принимающих наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача;

1.5.5. Лиц, страдавших психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, алкоголизмом, принимавших когда-либо наркотические, токсические, психотропные, сильнодействующие вещества без предписания врача;

1.5.6. Лиц, состоящих на учете, получающих лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере;

1.5.7 Лиц, состоявших на учете, получавших лечебно - консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере, совершавших попытки самоубийства;

1.5.8. Лиц, находящихся на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании (до их полного выздоровления)

1.5.9. Лиц, нуждающихся в постоянном уходе по состоянию здоровья;

1.5.10. Лиц, больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированных);

1.5.11. Лиц, находящихся под следствием или осуждённых к лишению свободы.

1.6. При заключении договора страхования Страховщик по соглашению со Страхователем могут определить конкретный перечень лиц, которые не могут быть приняты на страхование, исключив один или несколько подпунктов, указанных в п.1.5 Правил страхования.

При заключении договора страхования Страховщик по соглашению со Страхователем могут определить дополнительные ограничения по приему на страхование отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, состоянием здоровья, полом, условиями или территорий проживания, профессиональной деятельностью.

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате несчастного случая или болезни.

3. Страховые риски, страховые случаи

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

3.3. Страховыми рисками по Правилам страхования, с учетом ограничений, установленных в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя в соответствии с п.3.12. Правил страхования, могут являться:

3.3.1. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Смерть в результате несчастного случая»).

3.3.2. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Смерть в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.3. Инвалидность I группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность I группы в результате несчастного случая»).

3.3.4. Инвалидность I группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность I группы в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.5. Инвалидность II группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность II группы в результате несчастного случая»).

3.3.6. Инвалидность II группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность II группы в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.7. Инвалидность III группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность III группы в результате несчастного случая»).

3.3.8. Инвалидность III группы, первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность III группы в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.9. Категория «ребёнок-инвалид», первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Категория «ребёнок-инвалид» в результате несчастного случая»).

3.3.10. Категория «ребёнок-инвалид», первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Категория «ребёнок-инвалид» в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.11. Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, если они предусмотрены включённой в ответственность по договору страхования Таблицей №1 «Потеря органов или функции органов» и/или Таблица №2 «Утрата Застрахованным лицом функций, необходимых для обеспечения полноценной жизни» (Приложения №1«А» или №1«Б» к Правилам страхования), за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»).

3.3.12. Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или болезни Застрахованного лица в период действия страхования, если они предусмотрены включённой в ответственность по договору страхования Таблицей №1 «Потеря органов или функции органов» и/или Таблица №2

«Утрата Застрахованным лицом функций, необходимых для обеспечения полноценной жизни» (Приложения №1«А» и №1«Б» к Правилам страхования), за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.13. Постоянная полная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством РФ на срок не менее 1 года в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»).

3.3.14. Постоянная полная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная в соответствии с законодательством РФ на срок не менее 1 года, если непосредственной причиной этого явилась болезнь Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни»).

3.3.15. Временная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»).

3.3.16. Временная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная в вследствие болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни»).

3.3.17. Телесные повреждения (травма, случайное острое отравление), полученные Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страхования и предусмотренные соответствующей Таблицей размеров страховых выплат, указанной по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования (Приложения №2«А», или №2«Б», или №2«В», или №2«Г», или №2«Д», или №2«Е», или №2«Ж» к Правилам страхования), за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Телесные повреждения»).

3.3.18. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица, установленная ему в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»).

3.3.19. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица, установленная ему в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай - «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая и болезни»).

3.3.20. Стационарное лечение Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми

случаями (далее страховой риск/случай «Стационарное лечение в результате несчастного случая»).

3.3.21. Стационарное лечение Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия страхования, и/или болезни Застрахованного лица в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Стационарное лечение в результате несчастного случая и болезни»).

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

3.3.23. Первичное диагностирование у Застрахованного лица смертельно-опасного заболевания и/или последствий такого заболевания (далее по тексту СОЗ) и/или проведение хирургической операции, предусмотренных включённым по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по договору страхования Перечнем смертельно-опасных заболеваний (Приложения №4«А» или №4«Б» или №4«В» или №4«Г» к Правилам страхования) и не являющихся следствием предшествующих заболеваний, если иное прямо не предусмотрено в договоре страхования (далее страховой риск/случай «Первичное диагностирование СОЗ»).

При заключении договора страхования, Страховщик и Страхователь могут договориться об исключении из страховой ответственности Страховщика отдельных заболеваний/хирургических операций из числа указанных в соответствующем Перечне смертельно-опасных заболеваний (Приложения №4«А» или №4«Б» или №4«В» или №4«Г» к Правилам страхования).

В случае, когда Страховщик и Страхователь пришли к соглашению о сокращении соответствующего Перечня смертельно-опасных заболеваний (Приложения № 4«А» или № 4«Б» или № 4«В» или №4«Г» к Правилам страхования), Страховщик несёт ответственность в соответствии с условиями договора страхования, только за те заболевания, возникшие у Застрахованного лица, которые прямо указаны в этом договоре страхования.

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

В договоре страхования может быть установлен период выживания - срок с момента установления клинического диагноза, предусмотренного соответствующим Перечнем смертельно-опасных заболеваний (Приложения №4«А», №4«Б», №4«В», №4«Г» к Правилам страхования), в течение которого наступление смерти Застрахованного лица в результате заболевания является основанием для непризнания возникновения опасного заболевания страховым случаем. Если Страховщик и Страхователь прямо не оговорили в договоре страхования иное, то период ожидания составляет 30 дней.

3.3.24. Развитие в период действия страхования у Застрахованного лица болезни, в результате которой Застрахованное лицо утратило возможность исполнять свои

служебные (профессиональные) обязанности по занимаемой должности, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Диагностирование болезни, в результате которой была утрачена возможность исполнения профессиональных обязанностей»).

По соглашению Страховщика и Страхователя, данный страховой риск может использоваться только при страховании лётно-подъёмного состава и авиадиспетчеров.

3.3.25. Развитие у Застрахованного лица болезни или причинения иного вреда его здоровью в период действия страхования из числа указанных в Перечне заболеваний или причинения иного вреда здоровью - Приложение №5 к Правилам страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Диагностирование болезни или причинения иного вреда здоровью»).

По соглашению Страховщика и Страхователя, данный страховой риск может использоваться только при страховании лётно-подъёмного состава и авиадиспетчеров.

3.3.26. Впервые диагностированное в период действия страхования заболевание, возникшее у Застрахованного лица вследствие радиационного (ионизирующего) излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения (далее страховой риск/случай – «Заболевание вследствие облучения»).

Перечень нарушений здоровья (заболеваний), по которым может быть установлена причинно-следственная связь с радиационным облучением, утверждается федеральным органом по здравоохранению. Причинно-следственная связь между заболеванием (нарушением здоровья) и радиационным (ионизирующим) воздействием (облучением) устанавливается межведомственным экспертным советом, создаваемым федеральным органом по здравоохранению. Установление факта наступления страхового случая, предусмотренного настоящим пунктом, производится на основании заключения межведомственного экспертного совета или по решению суда.

3.3.27. Первичное установление Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности в связи с заболеванием, указанным в п. 3.3.26 настоящих Правил, при условии, что Застрахованное лицо ранее подвергалось воздействию ионизирующего излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения (далее страховой риск/случай – «Инвалидность вследствие облучения»).

3.3.28. Смерть Застрахованного лица в результате заболевания, указанного в п. 3.3.26 настоящих Правил, при условии, что Застрахованное лицо ранее подвергалось воздействию ионизирующего излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения (далее страховой риск/случай – «Смерть вследствие облучения»).

3.3.29. Аварийное или незапланированное радиационное (ионизирующее) облучение Застрахованного лица дозами более 200 мЗв (20 бэр) в год в период действия страхования (далее страховой риск/случай – «Облучение опасное для здоровья»).

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

3.3.30. Смерть Застрахованного лица в период действия страхования в результате несчастного случая, и/или вследствие болезни Застрахованного лица независимо от времени диагностирования заболевания (далее страховой риск/случай «Смерть в результате несчастного случая и болезни (специальная)»), при условии, что на данные события не распространяется действие исключений, указанных в п.3.12 настоящих Правил и, что данные события не стали следствием:

а) введения правового режима контртеррористической операции (в соответствии с Федеральным законом от 06.03.2006 N 35-ФЗ «О противодействии терроризму»),

б) введения режима карантин (в соответствии со ст. 31 Федерального закона от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

3.4. Договор страхования может быть заключен по соглашению Страховщика и Страхователя с ответственностью по одному или сразу нескольким страховым рискам,

перечисленным в п.3.3 и/или п.3.5 Правил страхования. При этом страховые риски/случаи, предусматривающие установление группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу (п.п. 3.3.3 - 3.3.10, 3.3.27 и 3.5.2 Правил страхования), в договоре страхования могут указываться отдельно или комбинировано.

3.4.1. В договоре страхования, по соглашению Страховщика и Страхователя, может быть установлено, что событие, предусмотренное в подпунктах 3.3.1 – 3.3.16, 3.3.18 – 3.3.22, 3.3.27-3.3.28, 3.3.30 3.5.2 - 3.5.3 Правил страхования, может быть признано страховым случаем, если оно включено в ответственность по договору страхования и наступило в период действия страхования Застрахованного лица и/или до истечения 12 месяцев, если иной срок не указан в договоре страхования, с даты наступления несчастного случая с Застрахованным лицом в период действия страхования и/или с даты диагностирования болезни у Застрахованного лица в период действия страхования.

Если Страховщик и Страхователь прямо не оговорили в договоре страхования иное, то событие, предусмотренное в п.п. 3.3.1 – 3.3.16, 3.3.18 – 3.3.22, 3.3.27-3.3.28, 3.3.30, 3.5.2 - 3.5.3 Правил страхования, может быть признано страховым случаем, если оно включено в ответственность по договору страхования и наступило в период действия страхования для Застрахованного лица.

3.4.2. **Несчастный случай (НС)** - фактически произошедшее в период действия договора страхования, независимо от воли Застрахованного лица, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой нарушение здоровья, трудоспособности или смерть Застрахованного лица, и не являющееся следствием заболевания или медицинских манипуляций (за исключением неправильных).

Неправильно проведенные медицинские манипуляции являются несчастным случаем только при наличии прямой причинно-следственной связи между ними и причиненным вредом здоровью Застрахованного лица и/или наступлением его смерти, подтвержденной судебно-медицинской экспертизой и решением суда.

В рамках настоящих Правил страхования к последствиям несчастного случая относятся (включая, но не ограничиваясь):

- травмы (травматические повреждения), полученные вследствие воздействия внешних факторов: стихийного явления природы, удара молнии, взрыва, воздействия высоких температур (солнечный и/или тепловой удар, ожоги, кроме солнечных) и/или низких температур (обморожения), действия электрического тока, движения средств транспорта (крушении, аварии), использования различных механизмов, всякого рода инструментов и орудий производства, оружия, противоправных действий третьих лиц, нападения животных, птиц, пресмыкающихся, падения какого-либо предмета на/или самого Застрахованного лица;

- внезапное удушение, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;

- случайное острое отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм);

- утопление, анафилактический шок;

- неправильно проведенные медицинские манипуляции, подтвержденные судебно-медицинской экспертизой и решением суда.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов.

3.4.3. Под заболеванием (болезнью) в целях настоящих Правил страхования понимается нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, диагноз которого поставлен в период действия договора страхования

квалифицированным медицинским работником на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также результатов специальных исследований.

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

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

В договоре страхования может быть установлен период ожидания - период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала срока действия страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности в связи с событиями, имеющими признаки страховых случаев, произошедшими с Застрахованным лицом. Наличие периода ожидания не влечет за собой обязательство Страховщика осуществить страховую выплату по событиям, перечисленным в п. 3.3, 3.5. Правил, если они произошли в указанный период времени. Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам. При заключении договора страхования на новый срок период ожидания в отношении лица, застрахованного ранее по нему, по соглашению Страховщика и Страхователя может не применяться.

3.4.4. В договоре страхования Страховщик и Страхователь могут указать перечень причин наступления несчастного случая, предусмотрев одну либо несколько причин из нижеперечисленных:

- несчастный случай в соответствии с определением, которое приведено в пп.3.4.2 Правил страхования;
- несчастный случай в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП)/катастрофы;
- несчастный случай в результате происшествия/катастрофы на воздушном транспорте;
- несчастный случай в результате происшествия/катастрофы на железнодорожном транспорте;
- несчастный случай в результате происшествия/ катастрофы на морском и/или речном транспорте;
- несчастный случай в результате катастрофических явлений (стихийные бедствия: тайфун, ураган, смерч, землетрясение, наводнение, паводок, град, необычные для данной местности атмосферные осадки, удар молнии, оползень, обвал, сель, сход снежных лавин, цунами, теракт, падение космических объектов как искусственного, так и естественного происхождения (метеоритов, комет, летательных аппаратов));
- несчастный случай в результате чрезвычайного происшествия в общественных местах при проведении массовых мероприятий.

3.5. Кроме страховых рисков, указанных в п.3.3 настоящих Правил страхования, страховыми рисками, с учетом ограничений, установленных п.3.12 настоящих Правил страхования, по соглашению Страховщика и Страхователя могут являться:

3.5.1. Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного лица общей продолжительностью 7 и более дней в период действия страхования по поводу развившейся и диагностированной у него в период действия страхования инфекционной болезни из числа предусмотренных выбранным при заключении договора страхования вариантом или вариантами, указанными в п.3.6. Правил страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инфекционная болезнь»).

3.5.2. Первичное установление Застрахованному лицу инвалидности вследствие инфекционной болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного лица в период действия страхования, из числа включённых по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по договору страхования и предусмотренных в соответствующем варианте или вариантах, указанных в п.3.6. Правил страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Инвалидность в результате инфекционной болезни»).

3.5.3. Смерть Застрахованного лица в период действия страхования вследствие инфекционной болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного лица в период действия страхования, из числа включённых по соглашению Страховщика и Страхователя в ответственность по договору страхования и предусмотренных в соответствующем варианте или вариантах, указанных в п.3.6. Правил страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Смерть в результате инфекционной болезни»).

3.5.4. Однократное в течение срока действия страхования извлечение у Застрахованного лица присосавшегося клеща в сочетании с экстренной иммунопрофилактикой клещевых инфекций, при условии, что указанные мероприятия проведены в медицинском учреждении, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Однократное извлечение присосавшегося клеща в сочетании с экстренной иммунопрофилактикой»).

3.5.5. ВИЧ-инфицирование Застрахованного лица, наступившее в период действия страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «ВИЧ-инфицирование»).

3.5.6. Развитие и диагностирование у Застрахованного лица в период действия страхования СПИДа, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями (далее страховой риск/случай «Диагностирование заболевания СПИД»).

3.6. Для страховых рисков, указанных в п.3.5.1.- 3.5.3. Правил страхования предусматриваются следующие комбинации инфекционных болезней по вариантам:

3.6.1. Вариант I: заболевание ботулизмом, бруцеллезом, брюшным тифом, паратифом (независимо от типа), вирусным гепатитом, за исключением типа «А», трихинеллезом, холерой, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.3.5.1., пп.3.5.2. и пп.3.5.3. Правил страхования.

3.6.2. Вариант II: заболевание геморрагической лихорадкой (независимо от вида), клещевым боррелиозом, менингококковой инфекцией, вирусным клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), присасывание клеща с угрозой заражения указанными выше клещевыми инфекциями, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.3.5.1, пп.3.5.2 и пп.3.5.3 Правил страхования.

3.6.3. Вариант III: заболевание бешенством, дифтерией, полиомиелитом, столбняком, эпидемическим паротитом, ящуром, сибирской язвой, чумой, натуральной оспой, эпидемическим сыпным тифом, туляремией, мелиоидозом, пситтакозом, Q-лихорадкой, «птичьим» гриппом, «свиным» гриппом, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.3.5.1, пп.3.5.2 и пп.3.5.3 Правил страхования.

3.6.4. Вариант IV: заболевание вирусным гепатитом, за исключением типа «А», сифилисом, туберкулёзом, холерой, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.3.5.1, пп.3.5.2 и пп.3.5.3 Правил страхования.

3.7. При заключении договора страхования, Страховщик и Страхователь могут договориться об исключении из страховой ответственности отдельных заболеваний из числа предусмотренных вариантом или вариантами в п.3.6. Правил страхования.

3.8. Факт наступления с Застрахованным лицом событий, предусмотренных в п.3.3. или п.3.5. Правил страхования, должны подтверждаться документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, органами медико-социальной экспертизы (далее по тексту МСЭ), судом и т.д.).

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

3.9.1. 24 часа в сутки (круглосуточно);

3.9.2. при исполнении им своих служебных обязанностей;

3.9.3. при исполнении им своих служебных обязанностей, включая дорогу на работу и с работы;

3.9.4. при совершении им каких-либо специфических действий (например, участия в соревнованиях и тренировочных занятиях и т.п.);

3.9.5. на время его поездки в качестве пассажира (туриста-экскурсанта) на транспорте, который указан в договоре страхования;

3.9.6. на время его нахождения на отдыхе по санаторно-курортной путевке;

3.9.7. на время пребывания его в месте, определенном в договоре страхования.

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

3.11. Если иное прямо не оговорено по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования, то территорией страхования по страховым рискам, указанным:

- в п.3.3. Правил страхования, являются все страны мира, кроме территорий, на которых объявлено чрезвычайное положение или проводятся боевые действия (в том числе осуществляются операции против террористов, различных вооруженных формирований);

- в п.3.5. Правил страхования, является территория Российской Федерации.

3.12. В соответствии с настоящими Правилами не являются страховыми случаями события указанные в пунктах 3.3. и 3.5. Правил, если они произошли вследствие перечисленных ниже обстоятельств (если договором страхования прямо не предусмотрено иное):

3.12.1. Управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на его управление либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического (токсического) опьянения. При этом данное исключение не распространяется на случай нахождения Застрахованного лица в состоянии опьянения, когда оно было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

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

3.12.3. Заболеваний, вызванных употреблением алкоголя (например, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный панкреатит, алкогольный цирроз печени и т.д.), наркотических или токсических веществ.

3.12.4. Действий Застрахованного лица, связанных с развившимся у него психическим заболеванием.

3.12.5. Участия Застрахованного лица в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира регулярного (чартерного) рейса, совершаемого самолетом или вертолетом гражданской авиации, управляемым профессиональным пилотом, а также при исполнении Застрахованным лицом - пилотом профессиональных обязанностей.

3.12.6. Непосредственного участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего. При этом данное исключение не действует, если в договоре страхования ответственность Страховщика за последствия несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в связи с перечисленными в настоящем подпункте событиями, была оговорена.

3.12.7. Заболевания Застрахованного лица СПИДом или ВИЧ-инфекцией, а также заболеваний, прямо или косвенно связанных с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. При этом данное исключение не распространяется:

- на случаи заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей;

- если в Договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя включена ответственность по риску «ВИЧ-инфицирование» и/или риску «Диагностирование заболевания СПИД» и/или страховому риску «Первичное диагностирование СОЗ».

3.12.8. Заболевания Застрахованного лица СПИДом, ВИЧ-инфицирования, наступивших до вступления в срок действия страхования в отношении него, а также их последствия.

3.12.9. Применения Застрахованным лицом лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет по отношению к себе или поручает другому лицу без назначения врача.

3.12.10. Занятий Застрахованным лицом одним или несколькими опасными видами спорта или хобби: автоспорт, мотоспорт, включая их разновидности, авиационный спорт, бейсджампинг, кейв-дайвинг, скалолазание, альпинизм, скоростной спуск на лыжах, родео, гонки на роликовых досках, дельтапланеризм, парапланеризм, прыжки на лыжах с трамплина, прыжки со скал (клифф-дайвинг), бокс, хели-ски, ружайдинг, скейтбординг, дайвинг (на глубину свыше 25 метров), рафтинг, вейкбоардинг, аквабайк, маунтинбайк, ВМХ (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, конное поло, спортивный сплав, банджи-джампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, прыжки с парашютом, кайтинг, формула 1 на воде, скайсерфинг, подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), паркур, бои без правил, акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, любые боевые искусства. При этом договором страхования может быть оговорена ответственность Страховщика за события, наступившие в результате занятия Застрахованного лица одним или несколькими видами спорта/хобби, прямо указанными в договоре страхования.

3.12.11. Занятий любым видом спорта на профессиональной основе (для целей настоящих Правил под этим подразумевается получение денежного вознаграждения за подготовку к спортивным соревнованиям и/или участия в них). При этом договором страхования может быть оговорена ответственность Страховщика за события, наступившие в результате занятия Застрахованного лица одним или несколькими видами спорта, прямо указанными в договоре страхования.

3.12.12. Занятий Застрахованным лицом любительским спортом. При этом договором страхования может быть оговорена ответственность Страховщика за события, наступившие в результате занятия Застрахованного лица одним или несколькими видами спорта, прямо указанными в договоре страхования.

3.12.13. Травмы Застрахованного лица, имевшей место до вступления в срок действия страхования в отношении него, а также её последствия.

3.12.14. Болезни, развившейся или/и диагностированной у Застрахованного лица до вступления в срок действия страхования в отношении него, а также её последствий.

3.12.15. Заболевания сердца, сосудов, крови, кроветворных органов, центральной или периферической нервной системы, онкологического заболевания, цирроза печени, туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, любого врождённого заболевания, осложнений хронического заболевания лёгких, желудка, кишечника и/или почек у Застрахованного лица. При этом данное исключение не распространяется, если в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя включена ответственность по рискам п.3.3.23 – 3.3.25 Правил страхования.

3.12.16. Санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (их последствий), за исключением заболевания, предусмотренного договором страхования и развившегося вследствие введения вакцины.

3.12.17. Несоблюдения Застрахованным лицом требований противоэпидемического режима, установленного органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3.12.18. Применения умышленно или случайно химического, бактериологического, ядерного оружия.

3.12.19. Пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы.

3.12.20. Совершения Застрахованным лицом умышленного преступления.

3.12.21. Преднамеренного нанесения или попыток нанесения Застрахованным лицом себе увечий, вне зависимости от его психического состояния, или преднамеренного нанесения Застрахованному лицу увечий каким-либо лицом с его согласия вне зависимости от психического состояния Застрахованного лица.

3.12.22. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.3.18. и 3.3.19. Правил страхования (страховые риски «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая» и «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая и болезни») также не являются страховыми случаями события, произошедшие в следствие (в результате):

3.12.22.1. Беременности, родов и/или их осложнений у Застрахованного лица (к кому это применимо).

3.12.22.2. Временной нетрудоспособности по уходу за ребенком или по уходу за больным, лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая);

3.12.22.3 Венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного), заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины.

3.12.23. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.3.20. и 3.3.21. Правил страхования (страховые риски «Стационарное лечение в результате несчастного случая» и «Стационарное лечение в результате несчастного случая и болезни») также не являются страховыми случаями события, произошедшие в следствие (в результате):

3.12.23.1. Стационарного лечения, связанного с беременностью и родами, абортами, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

3.12.23.2. Нахождения Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (санаторно-курортного) курса лечения;

3.12.23.3. Помещения Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения или в круглосуточный стационар только для проведения медицинского обследования ли задержания Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

3.12.24. По страховому риску, указанному в пп.3.3.22. Правил страхования (страховой риск «Хирургические операции в результате несчастного случая и болезни) также не являются страховыми случаями события, произошедшие в следствие (в результате):

3.12.24.1. Хирургической операции, связанной с беременностью и родами, абортми, операции по смене пола, стерилизации;

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

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

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

3.12.25. По страховому риску, указанному в пп.3.3.23. Правил страхования (страховой риск «Первичное диагностирование СОЗ»):

3.12.25.1. Событий, прямо или косвенно связанных с заболеванием Застрахованного лица или проведенной Застрахованному лицу операцией, предшествовавших заключению договора страхования или включению в действующий договор страхования риска «Первичное диагностирование СОЗ»;

3.12.25.2. Диагностирования СОЗ и/или проведения хирургической операции подпадающих в перечень исключений, предусмотренных включённым в ответственность по договору страхования Перечнем смертельно-опасных заболеваний;

3.12.25.3. Диагностирования у Застрахованного лица СОЗ и/или проведения хирургической операции, предусмотренных включенным в ответственность по договору страхования Перечнем смертельно-опасных заболеваний, если в течение первых 30 дней со дня установления диагноза/проведения операции наступила смерть Застрахованного лица.

3.12.26. По страховому риску, указанному в пп.3.3.26. Правил страхования (страховой случай «Заболевание вследствие облучения») страховыми случаями не является обострение или рецидив (возобновление) заболевания, возникшего у Застрахованного лица вследствие радиационного (ионизирующего) излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения до заключения Договора страхования.

3.12. 27. Невыполнения Застрахованным лицом при поездке /полёте на пассажирском транспорте требований уполномоченных на то официальных лиц.

3.12.28. Нарушения Застрахованным лицом правил проезда на пассажирском транспорте.

3.12. 29. Совершения Застрахованным лицом при управлении любым транспортным средством или лицом, которому Застрахованное лицо передало управление этим транспортным средством, дорожно-транспортного происшествия, после которого лицо, управляющее транспортным средством:

- привело себя либо было приведено в состояние алкогольного, наркотического или токсического или иного опьянения, повлёкшее за собой административное правонарушение этого лица;

- отказалось от прохождения медицинского освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического или токсического или иного опьянения, повлёкшее за собой административное правонарушение этого лица.

3.12.30. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты в том случае, если события, перечисленные в п. 3.3. и 3.5. Правил страхования, наступили в результате:

3.12.30.1. В результате воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения. При этом данное исключение не распространяется, если в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя включена ответственность по рискам п.3.3.26-3.3.29 Правил страхования.

3.12.30.2. В результате военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.12.30.3. Признания Застрахованного лица безвестно отсутствующим.

3.12.30.4. Самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства или попытки самоубийства противоправными действиями третьих лиц, или смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет.

3.12.30.5. Вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

3.13. В зависимости от включённых в ответственность по договору страхования страховых рисков и/или по результатам проведённой Страховщиком предстраховой экспертизы, по соглашению Страховщика и Страхователя, перечень событий, которые не являются страховыми случаями, перечисленные в п.3.12. Правил страхования, может быть изменён.

4. Порядок определения страховой суммы, франшиза.

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма или способ её определения для каждого Застрахованного лица устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (страховом полисе). Страховая сумма может быть установлена для Застрахованного лица в виде единой суммы по всем или по определённым страховым рискам, предусмотренным договором страхования, или в виде сумм, индивидуально определенных для отдельных страховых рисков, что отражается в договоре страхования.

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

4.3. При заключении договора страхования в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску) может указываться в договоре страхования, если они одинаковые, или в Списке Застрахованных лиц (Приложение №6 к Правилам страхования), если они отличаются. Список Застрахованных лиц прилагается к Заявлению о страховании либо договору страхования и является составной и неотъемлемой частью договора страхования. Формы Списка Застрахованных лиц и Заявления о страховании являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

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

Договор страхования по соглашению Страхователя и Страховщика может быть заключен:

- по «системе мест»;
- по «паушальной системе».

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

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

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

4.5. Страховые суммы устанавливаются в валюте РФ (рублях). По соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте или в условных денежных единицах, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование с валютным эквивалентом).

4.6. Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Временная франшиза – это период времени от начала срока действия договора страхования, определенный соглашением сторон договора страхования, в течение которого ответственность Страховщика не распространяется за наступившие с Застрахованным лицом в этот период предусмотренного договором страхования события, имеющего признаки страхового случая. Договором страхования могут быть предусмотрены любые указанные виды франшиз.

5. Срок действия договора страхования

5.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком и указывается в договоре страхования.

5.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее взноса.

Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

5.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре как дата его окончания, если в договоре страхования не указано иное, или при наступлении иных условий, предусматривающих прекращение действия договора ранее указанной даты.

5.4. Срок действия страхования (страхование, период действия страхования) в отношении конкретного Застрахованного лица определяется в договоре страхования и вступает в силу не ранее 00 часов 00 минут дня следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) Страховщику либо не ранее 00 часов дня, следующего за днем зачисления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика в Банке и действует до даты, указанной в договоре как дата окончания договора страхования, если в договоре не указано иное.

5.5. Если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия (первый страховой взнос) не уплачена (не уплачен) Страхователем или уплачена (уплачен) не в полном размере, договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счёт Страховщика сумма возвращается плательщику в полном объеме

5.6. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя/Выгодоприобретателя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя) Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии

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

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Страховщика и Страхователя.

6.2. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и/или понижающие коэффициенты (именуемые в дальнейшем - поправочные коэффициенты) в зависимости от возраста, пола, рода деятельности (профессии, характера работы), состояния здоровья лица, принимаемого на страхование, его занятий помимо

трудовой деятельности, условий проживания, территории действия страховой защиты и других обстоятельств, влияющих на степень риска, принимаемого на страхование, а также от срока (периода) страхования, условий страхования, порядка установления страховых сумм, порядка уплаты страховой премии, количества лиц, подлежащих страхованию, порядка расчёта размера страховой выплаты (Приложение №11 к Правилам страхования).

6.3. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при уплате её в рассрочку.

6.4. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно - единовременным платежом за весь срок страхования или в рассрочку, путем безналичных расчетов или наличными деньгами, почтовым переводом или иным способом, согласованным Сторонами в договоре страхования, по банковским реквизитам Страховщика, указанным в договоре страхования.

Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

6.5. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов).

Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем Страховщику наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

Обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в размере внесенных денежных средств:

- с момента уплаты Страхователем наличными денежными средствами Страховщику в размере, не превышающем предельный размер наличных расчетов в рамках одного договора, установленного Банком России;

- с момента внесения Страхователем наличных денежных средств для их перевода без открытия банковского счета кредитной организации либо банковскому платежному агенту, осуществляющему деятельность в соответствии с Законодательством России о национальной платежной системе, при условии представления Страховщику документа об исполнении распоряжения о переводе денежных средств в порядке, предусмотренном Банком России;

- с момента подтверждения обслуживающей Страхователя кредитной организацией исполнения распоряжения Страхователя – физического лица о переводе денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов.

6.6. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то страховые взносы уплачиваются Страхователем в сроки и в размере, указанные в договоре страхования.

6.7. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте РФ (рублях), за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ о валютном регулировании.

Договором страхования размер страховой премии (страхового взноса) может быть установлен в рублях в сумме, эквивалентной предусмотренной договором страхования сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по официальному курсу ЦБ РФ для соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или соглашением Сторон.

7. Договор страхования: порядок его заключения, исполнения, внесения в него изменений, дополнений и прекращения

7.1. По договору страхования одна Сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой Стороной (Страхователем), выплатить обусловленную договором сумму в случае наступления с Застрахованным лицом страхового случая, предусмотренного договором страхования.

7.2. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление о страховании от Страхователя. При этом письменное заявление о

страховании составляется Страхователем по форме, установленной Страховщиком. Форма Заявления о страховании, прилагаемая к Правилам страхования (Приложение №7 к Правилам страхования), является типовой, и Страховщик оставляет за собой право вносить в неё изменения и дополнения в соответствии с условиями заключаемого договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

Сведения, содержащиеся в Заявлении на страхование, а также ином запросе Страховщика, считаются существенными для оценки риска.

При заключении договора страхования для оценки степени риска Страховщиком могут быть запрошены следующие сведения:

- сведения о наименовании Страхователя (Застрахованного лица);
- сведения для идентификации Страхователя (Застрахованного лица);
- сведения о периоде страхования и/или сроке действия договора страхования;
- сведения о страховой сумме, лимитах возмещения;
- сведения о наличии / отсутствии франшизы;
- о возрасте Застрахованного лица;
- о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- о характере, интенсивности и условиях работы и/или учебы Застрахованного лица;
- об образе жизни, включая любительские занятия спортом и/или наличие хобби у Застрахованного лица;
- об употреблении в настоящее время или в прошлом наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств;
- об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении Застрахованного лица;
- о Выгодоприобретателе по Договору страхования.

7.3. Для заключения договора страхования, оценки страхового риска и осуществления процедур по идентификации Страхователя (Выгодоприобретателя) в зависимости от условий страхования, страховых рисков, включаемых в ответственность по договору страхования, размера страховых сумм, Страхователь представляет Страховщику оригиналы или копии следующих документов:

7.3.1. Документы, необходимые для идентификации Страхователя, Застрахованного лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»:

- а) Для гражданина Российской Федерации - одного из следующих документов:
 - паспорта гражданина РФ;
 - общегражданского заграничного паспорта;
 - паспорта моряка (удостоверение личности моряка);
 - военного билета, временного удостоверения, выдаваемого взамен военного билета, или удостоверения личности (для лиц, которые проходят военную службу);
 - временного удостоверения личности гражданина РФ, выдаваемого органом внутренних дел до оформления паспорта;
 - ИНН (при наличии);
 - СНИЛС (при наличии).
- б) Для иностранного гражданина/лиц без гражданства:
 - паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - миграционной карты;
 - вида на жительство в РФ;
 - документа, выданного иностранным государством, и признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - разрешения на временное проживание.

- в) Для беженцев - одного из следующих документов:
- свидетельства о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем, выданного диппредставительством или консульским учреждением РФ либо постом иммиграционного контроля или территориальным органом федерального органа исполнительной власти по миграционной службе;
 - удостоверения беженца.
- г) Для юридических лиц резидентов РФ:
- свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
 - свидетельства о постановке на налоговый учет;
 - ОКАТО/ОКПО (при наличии);
 - сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица);
 - сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Обществом, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
 - Сведения (документы) о финансовом положении;
 - Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
 - Сведения о единоличном исполнительном органе юридического лица;
 - БИК – для кредитных организаций;
 - Сведения о представителе юридического лица;
 - Сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах).
- д) Для юридических лиц нерезидентов;
- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
 - свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации;
 - ИНН или КИО;
 - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного ЮЛ в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации;
 - ОКАТО/ОКПО (при наличии или их аналоги);
 - сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица);
 - сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Обществом, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
 - Сведения (документы) о финансовом положении;
 - Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
 - Сведения о единоличном исполнительном органе юридического лица;
 - Сведения о представителе юридического лица;
 - Сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах).
- е) Для индивидуальных предпринимателей:
- свидетельства о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя либо лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;
 - ИНН (при наличии);
 - СНИЛС (при наличии);
 - паспорта гражданина РФ;
 - общегражданского заграничного паспорта;

- паспорта моряка (удостоверение личности моряка);
- военного билета, временного удостоверения, выдаваемого взамен военного билета, или удостоверения личности (для лиц, которые проходят военную службу);
- временного удостоверения личности гражданина РФ, выдаваемого органом внутренних дел до оформления паспорта;
- ОГРНИП;
- Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Обществом, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- Сведения (документы) о финансовом положении;
- Сведения о деловой репутации;
- Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности.

В случае отказа Страхователя от предоставления указанных в настоящем пункте документов Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

7.3.2. Заполненную медицинскую анкету и/или декларацию о здоровье, выданную Страховщиком.

7.3.3. Заполненную дополнительную медицинскую анкету, выданную страховщиком.

7.3.4. Заполненную дополнительную анкету по спортивным увлечениям и рисковому хобби, выданную Страховщиком.

7.3.5. Заполненную дополнительную анкету выданную Страховщиком (при страховании от несчастного случая).

7.3.6. Заполнение финансовой анкеты.

7.4. Дополнительно для оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать предоставления следующих документов:

7.4.1. Клинический анализ мочи (химический и микроскопический).

7.4.2. Клинический развернутый анализ крови.

7.4.3. Биохимический анализ крови.

7.4.4. Серологическое исследование крови: маркеры вирусов гепатитов «В», «С», «Д», «Е».

7.4.5. Исследование крови на ВИЧ.

7.4.6. Анализ крови на ПСА.

7.4.7. Заключение ЭКГ с отведениями в покое.

7.4.8. Заключение ЭКГ с отведениями в покое и с нагрузочной пробой (велозергометрия или тредмил-тест).

7.4.9. Исследование функции внешнего дыхания.

7.4.10. ЭХО-кардиография.

7.4.11. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек.

7.4.12. Ультразвуковое исследование молочных желез или маммография.

7.4.13. Заключение врачей-специалистов о состоянии систем и органов Застрахованного лица, с приложением результатов соответствующих лабораторных исследований (иммунологических, серологических исследований, исследования системы гемостаза, исследований выделительной функции почек), инструментальных исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования, рентгенологического, эндоскопического исследований, результаты гистологического исследования).

7.4.14. Листок(-ки) нетрудоспособности; справка из ЛПУ с указанием диагноза, сроками лечения, результатами обследования; амбулаторная карта (выписка из амбулаторной карты), выписка из истории болезни, обменная карта, выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения; акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1; акт о расследовании несчастного случая на производстве с

возможным инвалидным исходом; справка из учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ); копия направления на МСЭ, справка из ЛПУ с указанием диагноза, по поводу которого установлена группа инвалидности; акт о профессиональном заболевании; справки из диспансеров по месту жительства (психоневрологического, онкологического, кожно-венерологического, противотуберкулезного) о постановке/снятии с учета; справки учреждений эпидемиологического надзора.

7.4.15. Документы, подтверждающие легальность нахождения на территории Российской Федерации и осуществления трудовой деятельности для граждан иностранных государств (вид на жительство в Российской Федерации, разрешение на временное проживание в Российской Федерации, разрешение на работу иностранному гражданину, иные документы, установленные действующим законодательством Российской Федерации).

7.4.16. Документы, подтверждающие доходы потенциального Застрахованного лица, налоговые декларации, бухгалтерский баланс, отчет о прибылях и убытках, учредительные документы учреждения (юридического лица, производственного кооператива, полного товарищества), свидетельство о государственной регистрации, ИНН юридического лица, результаты аудиторской проверки, договоры аренды.

7.4.17. Документы, выданные по месту работы/учебы Застрахованного лица, содержащие информацию о характере, интенсивности и условиях его работы и/или учебы (справки, трудовые договоры, контракты, должностные инструкции, копия трудовой книжки, заверенные работодателем).

7.4.18. Документы, содержащие информацию об образе жизни Застрахованного лица, включая любительские занятия спортом и/или наличие хобби (в том числе удостоверения, подтверждающие членство в спортивных обществах (клубах), наличие спортивных званий, наград).

7.4.19. Копия решения кредитного комитета или кредитного договора, заверенная кредитным учреждением (Банком).

7.4.20. Штатное расписание (заверенная выписка из штатного расписания), Судовая роль.

7.4.21. Копии ранее заключенных в отношении Застрахованного лица договоров страхования, заявлений о страховании, оформленных при их заключении.

7.5. Дополнительно Страховщик имеет право запросить следующие сведения:

7.5.1. Пояснения к предоставленным Страхователем/Застрахованным лицом сведениям, позволяющие однозначно установить факт наличия/отсутствия определенных сведений/ фактов/ событий, исключающих возможные разногласия Страховщика и Страхователя.

7.5.2. Письменное разрешение родителей/законных представителей Застрахованного лица на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки.

7.5.3. Письменное пояснение о причинах выхода Застрахованного лица на пенсию до наступления установленного Законодательством РФ пенсионного возраста.

7.5.4. Письменное пояснение Застрахованного лица о наличии/отсутствии воинского звания и права на ношение оружия.

7.5.5. Письменное пояснение Застрахованного лица о должностных обязанностях, в том числе выезды на объекты, наличие командировок, вахтового метода работы.

7.5.6. Письменное уточнение о смене профессии/места работы Застрахованного лица за последние 6 месяцев и причинах изменений.

7.5.7. Письменное пояснения о наличии страхового интереса Выгодоприобретателя в случае, если Выгодоприобретателем по Договору страхования назначено юридическое лицо / физическое лицо, не имеющее родственных отношений с Застрахованным лицом.

7.5.8. Письменное пояснение Застрахованного лица о наличии/отсутствии группы инвалидности и/или направления на МСЭ в настоящее время, в прошлом.

7.5.9. Письменные уточнения родственных отношений Застрахованного лица.

7.5.10. Письменное уточнение наличия дополнительного дохода Застрахованного лица, и его источников.

7.5.11. Письменные уточнения о достоверности информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, наличии заболеваний, травм, операций, их последствий, об употреблении наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств, о прохождении лечения в наркологических, психоневрологических лечебных учреждениях, о получении консультативной и/или лечебно-диагностической помощи, а также о наличии убытков по ранее заключенным договорам страхования.

7.6. Договор страхования заключается в письменной форме.

Договор страхования может быть заключён путём вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной Страховщиком формы (Приложение №8 к Правилам страхования) в день уплаты страховой премии (первой ее части) наличными деньгами или в течение 5 рабочих дней после ее уплаты безналичным путем, если иное не оговорено в договоре страхования.

Договор страхования может быть также составлен в виде отдельного документа - договора страхования (Приложение №9 к Правилам страхования). Формы страхового полиса и договора страхования, прилагаемые к Правилам страхования, являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

7.7. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут определить конкретный перечень, запрашиваемой Страховщиком и представляемой Страхователем (Застрахованным лицом) информации, предусмотренной пунктами 7.3, 7.4, 7.5, Правил страхования.

7.8. Все предоставляемые Страховщику документы (за исключением копий ранее заключенных в отношении потенциального Застрахованного лица договоров страхования) должны быть актуальны и действующими на момент заключения договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного лица.

7.9. В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной пунктами 7.3, 7.4, 7.5. Правил страхования, необходимой для оценки страхового риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения Договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

В случае отказа Страхователя от предоставления дополнительно запрашиваемых документов, Страховщик имеет право не согласиться с условиями страхования, предложенными Страхователем при заключении договора страхования, в отношении лица, по которому запрошены Страховщиком документы не были предоставлены.

7.10. В случае утраты страхового полиса Страхователем, Страховщик на основании его заявления выдаёт дубликат страхового полиса с соответствующей надписью.

После выдачи дубликата, утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействующим с момента приёма заявления от Страхователя, и никакие претензии по нему не принимаются. При повторной утрате договора страхования (страхового полиса) в течение периода действия договора страхования Страховщик взимает денежную сумму в размере стоимости изготовления договора страхования (страхового полиса) со Страхователя. Подлежащая уплате сумма перечисляется Страхователем одновременно с уплатой очередного страхового взноса, если уплата страховой премии по договору осуществляется в рассрочку, или независимо от него, если Страхователь вносил страховую премию одновременно.

7.11. По соглашению Страховщика и Страхователя в договор страхования могут вноситься изменения и дополнения, не противоречащие законодательству РФ.

Внесение изменений и дополнений в договор страхования осуществляется в письменной форме, в порядке, установленном законодательством РФ.

7.12. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

7.13. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.14. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт Выгодоприобретатель.

7.15. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением договора страхования направляются по адресам, которые указаны в нём. В случае изменения адресов и/или реквизитов Стороны, указанные в договоре страхования (далее именуемые Сторонами), обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. 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 полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

7.16. 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.

7.17. Действие договора страхования прекращается в случае:

7.17.1. Истечения срока его действия.

7.17.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

7.17.3. Требования (инициативы) Страховщика, в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) своих обязательств, предусмотренных договором страхования и Правилами (Программой) страхования.

7.17.4. Требования (инициативы) Страхователя.

7.17.5. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере, если иное не предусмотрено договором страхования, в порядке и в соответствии с п. 5.6. Правил страхования, при условии направления Страховщиком Страхователю уведомления о расторжении договора страхования.

7.17.6. По соглашению Страхователя и Страховщика.

7.17.7. Смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, или ликвидации, реорганизации Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном законодательством РФ, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования, указанные в п.8.2. Правил страхования.

7.17.8. Ликвидации Страховщика как юридического лица в порядке, установленном законодательством РФ.

7.17.9. Досрочного отказа Страхователя от договора страхования.

7.17.10. В других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.18. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем

страховой случай, в частности, если наступила смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай.

При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.19. При досрочном прекращении действия договора страхования, за исключением прекращения в случае, указанном в п.7.18. и 7.20. Правил страхования, возврат полученной Страховщиком страховой премии не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

В договоре страхования может быть указано, что при досрочном расторжении договора страхования по обстоятельствам иным, чем это указано в п.7.18. Правил страхования, Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, оставшемуся до окончания срока действия договора страхования, за вычетом расходов Страховщика на ведение дела. При этом если по договору страхования осуществлялись страховые выплаты, то на размер этих выплат может быть уменьшена часть страховой премии, подлежащая возврату Страхователю.

7.20. Договором страхования устанавливается условие о возврате Страхователю-физическому лицу уплаченной по заключенному Договору страхования страховой премии в случае отказа Страхователя от указанного Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (период охлаждения) со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Продолжительность периода охлаждения указывается в договоре страхования.

В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования оплаченная страховая премия возвращается Страхователю по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

- в полном размере, при отказе от договора до даты начала действия страхования;
- с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при отказе от договора после даты начала действия страхования.

Договор страхования прекращает свое действие с 00 ч. 01 мин. даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или с иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с абзацем первым настоящего пункта».

8. Права и обязанности Сторон договора страхования

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Ознакомиться с Правилами страхования на условиях, которых заключён договор страхования.

8.1.2. Получить любые разъяснения по заключённому договору страхования и положениям, содержащимся в Правилах страхования.

8.1.3. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.

8.1.4. Заменить в порядке, установленном законодательством РФ, названного в договоре страхования Застрахованного лица, Выгодоприобретателя другим лицом.

8.1.5. Отказаться от договора страхования в любое время.

8.1.6. Вносить предложения об изменении условий (положений) договора страхования, в том числе касающихся Застрахованных лиц и размеров страховых сумм, установленных им, в порядке, предусмотренным Правилами (Программой) страхования и законодательством РФ.

8.1.7. Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные договором страхования.

8.2.2. При заключении договора страхования сообщать Страховщику все необходимые данные, указанные в пунктах 7.3., 7.4. и 7.5. Правил страхования, о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных лицах).

8.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику о намерении внести изменения, дополнения или уточнения, в том числе о перемене места жительства и/или места работы Застрахованных лиц, банковских реквизитов.

8.2.4. При наступлении события (событий) с Застрахованным лицом из предусмотренных в п.3.3. и п.3.5. Правил страхования и предусмотренных договором страхования, в течение 30-ти дней, с момента, когда ему стало известно о наступлении такого события, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события может быть исполнена Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, Выгодоприобретателем).

8.2.5. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику обо всех изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе).

8.2.6. Получить согласие Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей на передачу их персональных данных на обработку Страховщику, страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам и аудиторам, с целью заключения и исполнения Договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных.

8.2.7. Сообщать Страховщику об изменениях (отсутствии изменений) своих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (ФИО, паспортные данные, адрес регистрации).

8.2.8. Исполнять положения договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Перед заключением договора страхования запросить у Страхователя и/или у лица, принимаемого на страхование, сведения, указанные в пунктах 7.3, 7.4, 7.5. Правил страхования, и потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование лица с целью оценки фактического состояния его здоровья.

8.3.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщённой Страхователем и/или Застрахованными лицами, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ.

8.3.3. Отсрочить принятие решения о приеме на страхование лица, подлежащего страхованию.

8.3.4. Отказаться от заключения договора страхования на условиях, предложенных Страхователем, в том числе от приема на страхование однотипных страховых рисков, которые могут наступить с Застрахованным лицом в результате одного произошедшего с ним события.

8.3.5. Применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенной предстраховой экспертизы в отношении лица, принимаемого на страхование, условий страхования и степени оценки страхового риска.

8.3.6. Оговорить в договоре страхования конкретный срок и порядок наступления своей ответственности по всем или отдельным страховым рискам, включаемым в договор страхования.

8.3.7. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования.

8.3.8. В случаях, предусмотренных законодательством РФ, оспаривать действительность договора страхования, при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем (Застрахованным лицом) положений Правил страхования и/или договора страхования.

8.3.9. Для принятия решения о страховой выплате направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления, причину и обстоятельства страхового случая.

8.3.10. Отсрочить страховую выплату до получения полной информации о событии, наступившем с Застрахованным лицом, и имеющим признаки страхового случая, а также подтверждающих документов о нём.

8.3.11. Отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения по факту причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица уголовного дела - до момента принятия соответствующего решения компетентными органами и предоставления соответствующего документа Страховщику.

8.3.12. Потребовать признания договора страхования недействительным, если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, характере и условиях его работы, а также о его занятиях в свободное от работы время (хобби) на момент заключения договора страхования.

8.3.13. Отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель):

8.3.13.1. Своевременно не известил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с пп.8.2.4. Правил страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить выплату.

8.3.13.2. Не представил документы и сведения, необходимые для установления причин, обстоятельств и характера несчастного случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства, что повлекло для Страховщика невозможность установления факта наступления страхового случая.

8.3.14. Осуществлять обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3.15. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил страхования и договора страхования.

8.3.16. На основе Правил страхования формировать страховые программы или полисные условия (выдержки из Правил страхования), которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству РФ и Правилам страхования. Такие страховые программы или полисные условия прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. Разъяснять Страхователю, Застрахованным лицам положения, содержащиеся в Правилах страхования и договоре страхования.

8.4.2. Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий договора страхования.

8.4.3. Выдать Страхователю договор страхования (страховой полис) (при необходимости).

8.4.4. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя при их обработке.

8.4.5. При наступлении с Застрахованным лицом события, имеющего признаки страхового случая, после получения всех необходимых документов принять решение об отказе в страховой выплате или о признании заявленного события страховым случаем и произвести страховую выплату при признании заявленного события страховым случаем в сроки, предусмотренные в п.9.11. и п.9.12. Правил страхования, если иные сроки не предусмотрены в договоре страхования.

8.4.6. Запросить документы и информацию, необходимые для обеспечения соблюдения требований к идентификации лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, наследника Застрахованного лица или их представителей), а также получателя страховой выплаты, в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу.

8.5.2. В случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п.8.2. Правил страхования.

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

8.7. При реорганизации Страхователя - юридического лица в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору с согласия Страховщика переходят к правопреемнику Страхователя в порядке, установленном законодательством РФ.

8.8. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица, права и обязанности, определённые этим договором, переходят к этому лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, выполняющим в соответствии с законодательством РФ обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

8.9. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

8.10. Страхователь, заключивший договор страхования со Страховщиком, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление о страховании, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение Правил страхования (Программы страхования) на условиях которых заключён договор страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления о страховании, то согласие действует с даты, указанной в заявлении о страховании). Согласие Страхователя на обработку его персональных данных действует в течение десяти лет (если иное не установлено договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий десяти лет с даты окончания срока действия договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю/ Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

9. Определение размера, порядка и условий страховой выплаты

9.1. Страховая выплата – это денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу или иным Выгодоприобретателям при наступлении страхового случая.

9.2. При наступлении с Застрахованным лицом страховых случаев, указанных в п.3.3. Правил страхования, размеры страховых выплат составляют, если иное не оговорено в договоре страхования:

9.2.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного рисками предусмотренного рисками «Смерть в результате несчастного случая» (пп.3.3.1 Правил страхования), «Смерть в результате несчастного случая и болезни» (пп.3.3.2 Правил страхования), «Смерть вследствие облучения» (п.п.3.3.28 Правил страхования), «Смерть несчастного случая и болезни (специальная)» (пп.3.3.30 Правил страхования), «Смерть в результате инфекционной болезни (п.п.3.5.3 Правил страхования) страховая выплата производится в размере 100% единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

Если страховая сумма Застрахованному лицу была установлена отдельно по включенному в договор страхования страховому риску, связанному со смертью Застрахованного лица, то страховая выплата производится с учетом положений п.9.3. Правил страхования.

Если страховые суммы были установлены отдельно по включенным в договор страхования страховым рискам, а смерть Застрахованного лица наступила до истечения 72 часов со времени наступления события, приведшего к ней, страховая выплата производится только в размере, предусмотренном для страхового риска, указанного в пп.3.3.1.,3.3.2. 3.3.28, 3.3.30 Правил страхования.

9.2.2. При установлении первичной группы (категории) инвалидности (пп.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.27 и 3.5.2 Правил страхования) размер страховой выплаты определяется в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску:

9.2.2.1. лицу, не являвшемуся инвалидом до момента вступления в отношении него действия страхования в силу:

- 100% при установлении I группы инвалидности;
- 80 % при установлении II группы инвалидности;
- 60 % при установлении III группы инвалидности;
- 60 % при установлении категории «ребенок – инвалид».

9.2.2.2. лицу, являвшемуся до распространения на него действия договора страхования инвалидом III группы:

- 60 % при установлении I группы инвалидности;
- 30 % при установлении II группы инвалидности.

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

- 30 % при установлении I группы инвалидности.

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

9.2.2.4. В связи с установлением группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу страховая выплата производится:

- за вычетом ранее произведённых выплат в связи с иными страховыми случаями, предусмотренными в договоре страхования, если они производились, при условии, что страховая сумма была установлена Застрахованному лицу единой по всем предусмотренным договором страхования страховым рискам.

- независимо от суммы выплат, ранее произведённых в связи со страховыми случаями, предусмотренными иными страховыми рисками, при условии, что страховые суммы были установлены раздельно для каждого страхового риска (за исключением случаев, предусмотренных в п.9.3. Правил страхования).

9.2.2.5. Если в связи с установлением группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу была выплачена часть страховой суммы, и в период действия договора страхования, после его переосвидетельствования, эта группа инвалидности была изменена на группу, при установлении которой договором страхования предусмотрен больший размер страховой выплаты, дополнительная выплата производится в сумме, составляющей разность между указанным большим размером и размером ранее произведенной выплаты.

9.2.3. При наступлении с Застрахованным лицом страхового случая, предусмотренного риском «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» или «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая и болезни» (пп.3.3.11 - 3.3.12 Правил страхования) - страховая выплата производится в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску с применением критериев, приведенных в «Таблицах размеров страховых выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение №1 к Правилам страхования)¹.

¹ В Приложении №1 - Таблицей №1 - предусмотрены определенные случаи потери Застрахованным лицом органов и их функции, а Таблицей №2 - утрата Застрахованным лицом отдельных конкретных функций,

9.2.4. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» и/или «Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания» (пп.3.3.13 и пп.3.3.14 Правил страхования), размер страховой выплаты может определяться по одному из ниже приведённых вариантов, применение которого оговорено в договоре страхования:

- 100 % единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску, если Застрахованное лицо утратило профессиональную трудоспособность на 60 % и более, если иной процент утраты профессиональной трудоспособности не установлен в договоре страхования;

- в определённом проценте от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, при этом процент выплаты соответствует установленному проценту утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

При заключении договора страхования по соглашению Сторон в нём может устанавливаться отсрочка по принятию решения о страховой выплате.

9.2.5. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Телесные повреждения» (пп.3.3.17 Правил страхования) - в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску в соответствии с выбранной при заключении договора страхования и указанной в нём Таблицей размеров страховых выплат (Приложения №2«А» или №2«Б», или №2«В», или №2«Г», или №2«Д», или №2«Е», или №2«Ж» к Правилам страхования).

Если в договор страхования включены одновременно страховые риски «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая» (п.3.3.18 Правил страхования) и «Телесные повреждения» (п.3.3.17 Правил страхования), то страховая выплата по указанным страховым рискам осуществляется только по одному из перечисленных страховых рисков, по которому подлежащая к выплате страховая сумма является большей.

9.2.6. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» или «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни», или «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», или «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая и болезни», или «Стационарное лечение в результате несчастного случая», или «Стационарное лечение в результате несчастного случая и болезни» (п.п. 3.3.15, 3.3.16, 3.3.18, 3.3.19, 3.3.20, 3.3.21 Правил страхования) - в размере от 0,01% до 1% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску за каждый день нетрудоспособности/стационарного лечения, начиная с 1-го или другого, дня временной нетрудоспособности/стационарного лечения, указанного в договоре страхования,

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении договора страхования. Если в договоре страхования не указан порядок и размер выплаты, то установленным считается выплата в размере 0,1% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску за каждый день нетрудоспособности/стационарного лечения, начиная с 8-го дня временной нетрудоспособности/стационарного лечения, при этом общий размер страховой выплаты за оплачиваемые дни нетрудоспособности не должен составлять более чем 30% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

Размер страховой выплаты определяется как произведение суточной выплаты за один день нетрудоспособности/стационарного лечения на количество дней нетрудоспособности/ стационарного лечения, которые подлежат оплате согласно условиям договора страхования.

В договоре страхования может быть установлен максимальный период временной нетрудоспособности/стационарного лечения, который оплачивается в связи с одним страховым случаем, или размер максимальной страховой выплаты по одному страховому случаю.

Если иное не установлено в договоре страхования, то по одному страховому случаю размер страховой выплаты за оплачиваемые дни нетрудоспособности должен составлять не более чем 30% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

Дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может не совпадать с датой окончания периода страхования. По договорам страхования, заключенным на срок более 1 года, максимальный период временной нетрудоспособности /стационарного лечения, оплачиваемый, в связи с одним страховым случаем, устанавливается на каждый страховой год.

9.2.7. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Хирургические операции в результате несчастного случая и болезни» (пп.3.3.22 Правил страхования) - страховая выплата производится в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний» (Приложения №3«А», №3«Б» к Правилам страхования).

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

9.2.8. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Первичное диагностированное у Застрахованного лица СОЗ» (пп.3.3.23 Правил страхования) или страхового риска ««Диагностирование болезни, в результате которой была утрачена возможность исполнения профессиональных обязанностей»» (пп.3.3.24 Правил страхования), размер страховой выплаты определяется в указанном в договоре страхования проценте от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

В договоре страхования в зависимости от конкретного заболевания может быть установлен определённый размер страховой выплаты.

9.2.8.1. В договоре страхования, включающем ответственность на случай наступления событий, указанных в пп.3.3.23. Правил страхования, может быть установлен период выживания - срок с момента установления клинического диагноза и/или проведение хирургической операции, предусмотренных соответствующим Перечнем смертельно-опасных заболеваний (Приложения №4«А», №4«Б», №4«В», №4«Г» к Правилам страхования), в течение которого наступление смерти Застрахованного лица в результате заболевания является основанием для непризнания возникновения опасного заболевания страховым случаем.

Если иное не предусмотрено договором страхования, диагностирование у Застрахованного лица СОЗ и/или проведение хирургической операции не признаётся страховым случаем, если в течение первых 30 дней со дня установления диагноза и/или проведение хирургической операции наступает смерть Застрахованного лица.

9.2.8.2. Развитие и диагностика у Застрахованного лица заболевания и/или проведение хирургической операции не является страховым случаем, если они явились следствием диагностированных у Застрахованного лица до заключения договора страхования болезней, квалифицируемых как предшествовавшие заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.2.8.3. Страховщик вправе отложить решение вопроса о страховой выплате в связи с развитием и диагностикой у Застрахованного лица СОЗ или иного заболевания до получения от назначенного Страховщиком врача-эксперта заключения, подготовленного на основании представленных и дополнительно полученных медицинских документов.

9.2.9. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Диагностирование болезни или причинения иного вреда здоровью» (пп.3.3.25 Правил страхования) размер страховой выплаты определяется в указанном в договоре страхования проценте от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску. При этом размер страховой выплаты не может превышать размер единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

9.2.10. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Заболевание вследствие облучения» (п.п.3.3.26 Правил страхования) страховая выплата производится в размере 40% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

В договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя могут быть определены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), но не более 100% единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

9.2.11. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Облучение опасное для здоровья» (п.п.3.3.29 Правил страхования) страховая выплата производится:

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

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

В договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя могут быть определены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), но не более 100% единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

9.2.12. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Инфекционная болезнь» (пп.3.5.1. Правил страхования), размер страховой выплаты определяется в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску в связи с заболеванием (заболеваниями):

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

9.2.13. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Однократное извлечение присосавшегося клеща в сочетании с экстренной иммунопрофилактикой» (пп.3.5.4 Правил страхования) - в связи с извлечением у Застрахованного лица присосавшегося клеща и проведением ему иммунопрофилактики клещевых инфекций, подтвержденных соответствующими документами медицинского учреждения размер страховой выплаты определяется в процентах от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску:

- 1% в связи с извлечением присосавшегося клеща однократно в период действия страхования;

- 4% в связи с проведением иммунопрофилактики однократно в период действия страхования.

9.2.14. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «ВИЧ-инфицирование» (пп.3.5.5 Правил страхования) без развития болезни – 30% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

9.2.15. При наступлении страхового случая, предусмотренного риском «Диагностирование заболевания СПИД» (пп.3.5.6. Правил страхования), включая ВИЧ-инфицирование - 70% от единой страховой суммы, установленной по всем страховым рискам или от страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

9.3. Если иное не предусмотрено в договоре страхования, в случае если последствия несчастного случая или болезнь Застрахованного лица обусловили наступление с ним последовательности событий, указанных в п.3.3. и в п.3.5. Правил страхования, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховых выплат, ранее произведённых Страховщиком в связи с последствиями данного несчастного случая или данной болезнью.

9.4. Если в период лечения Застрахованного лица по поводу инфекционной болезни из числа предусмотренных выбранным при заключении договора страхования вариантом (п.3.6. Правил страхования), у него будет дополнительно диагностирована другая инфекционная болезнь, включённая в ответственность по договору страхования (диагностирован «инфекционный микст»), размер страховой выплаты определяется исходя из общей длительности лечения этих болезней и увеличивается на 5 % от страховой суммы. Исключение составляет сочетание какой-либо инфекционной болезни с инфицированием вирусом иммунодефицита человека или с заболеванием СПИДом - при таких условиях размер страховой выплаты определяется отдельно в связи с каждым из случаев, и результат суммируется (в пределах установленного для Застрахованного лица размера страховой суммы).

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

9.6. Если в договоре страхования Застрахованному лицу установлена страховая сумма единая для страховых рисков, включенных в договор страхования, то общий размер страховых выплат по договору страхования, независимо от количества и причин наступивших страховых случаев с Застрахованным лицом, не может превышать 100% единой страховой суммы. При этом если по конкретному страховому риску для Застрахованного лица установлен сублимит страховой суммы, то общий размер страховых выплат при наступлении данного страхового риска с Застрахованным лицом не может его превышать.

9.7. Если при заключении договора страхования страховые суммы установлены Застрахованному лицу отдельно по страховым рискам, включенным в договор страхования, то размер страховых выплат в связи со страховыми случаями с Застрахованным лицом, предусмотренным конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной для этого страхового риска, при соблюдении положений, предусмотренных в п.9.3. Правил страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

9.8. Для решения вопроса о признании события страховым случаем и о страховой выплате Застрахованное лицо и/или законный представитель Застрахованного лица/Выгодоприобретатель/наследники должны представить Страховщику письменное

заявление о страховой выплате в соответствии с установленной Страховщиком формой, и следующие документы:

9.8.1. документы, независимо от характера события, явившегося поводом для подачи заявления о выплате:

- договор страхования (страховой полис, страховой сертификат);
- квитанцию об уплате страховой премии (страховых взносов), если она (они) уплачивалась наличными деньгами;
- паспорт/ удостоверение личности/ свидетельство о рождении Застрахованного лица и Заявителя (законного представителя Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, наследника);
- водительское удостоверение Застрахованного лица, подтверждающее право управления соответствующей категории транспортного средства (при необходимости);
- кредитный договор и справка из банка о размере задолженности кредитозаемщика на дату заявленного события, если иная дата не указана в Договоре страхования (при необходимости);
- копия трудовой книжки, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом (при необходимости);
- надлежащим образом заверенная копия лицензии ЛПУ на осуществление медицинской деятельности (при необходимости).

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

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

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

9.8.2. При условии, что выплата должна осуществляться в связи с нарушением состояния здоровья Застрахованного лица либо в связи с его смертью, представляются медицинские документы, подтверждающие факт наступления страхового события в период действия договора страхования (содержащие полный клинический диагноз, сведения о дате установления диагноза, сроках лечения, предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза):

- эпикризы из медицинских учреждений;
- выписка(и) из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного из медицинского учреждения по месту жительства/наблюдения/работы за весь срок наблюдения (лечения), с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин и времени нахождения на листке нетрудоспособности;
- амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/наблюдения/работы
- карта стационарного больного;

- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения, Акт медицинского освидетельствования (при необходимости);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме, предусмотренной законодательством РФ;
- справку из онкологического диспансера с датой постановки на учёт по поводу злокачественного новообразования (при необходимости);
- рентгеновские снимки до лечения и в конце лечения (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));
- заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии (при травмах Застрахованного лица, сопровождающихся костными повреждениями (вывихи, переломы и т.д));
- заключения и результаты консультаций медицинских специалистов;
- протокол хирургического вмешательства;
- сопроводительный лист скорой медицинской помощи;
- журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных;
- медицинская справка о зафиксированном факте присасывания клеща с указанием локализации и проведенных мероприятиях, необходимой дозы противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата), даты введения, серии и номера вакцины противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата);
- справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза;
- журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных;
- медицинские документы, подтверждающие наличие причинно-следственной связи развившегося у Застрахованного лица заболевания с его профессиональной деятельностью;
- заключения врачебно-летней экспертной комиссии и/или военно-врачебной комиссии;
- результаты судебно-медицинских исследований;
- сведения об оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинской помощи (перечень оказанных медицинских услуг);
- документы, подтверждающие факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного лица (листок нетрудоспособности, оформленный в установленном законодательством порядке, справка о временной нетрудоспособности для учащихся, справка о временной нетрудоспособности для военнослужащих).

9.8.3. При наступлении смерти Застрахованного лица дополнительно к медицинским документам, перечисленным в п.п. 9.8.2. Правил страхования, представляются следующие документы:

- свидетельство о смерти или решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим с отметкой о вступлении его в силу или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт смерти Застрахованного лица (в случае смерти, наступившей за пределами Российской Федерации, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства того государства, которое выдало документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этого государства о смерти, или иным образом легализовать указанные документы).

- окончательное (взамен предварительного или взамен окончательного) медицинское свидетельство о смерти (или посмертный эпикриз), выданное и заверенное медицинским учреждением, где была зарегистрирована смерть, или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства смерти, выданный и заверенный медицинским учреждением или иным уполномоченным государственным органом;

- протокол патологоанатомического вскрытия (если причина смерти устанавливалась врачом-патологоанатомом), либо если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти;

- акт судебно-медицинского исследования трупа (заключение эксперта (экспертиза трупа)) (если причина смерти устанавливалась судебно-медицинским экспертом);

- распоряжение Застрахованного лица о назначении Выгодоприобретателя (при наличии) или свидетельство о праве на наследство (представляется только наследниками);

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая указанного в п. 3.3.30., если это предусмотрено условиям договора страхования, может предоставляться один документ – справка о смерти, выданная органом ЗАГС по месту жительства Застрахованного.

9.8.4. При установлении Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности дополнительно к медицинским документам, перечисленным в п.п. 9.8.2. Правил страхования, представляются следующие документы:

- направление на медико-социальную экспертизу (далее МСЭ);
- справка МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности;
- выписка из акта освидетельствования органом МСЭ;
- протокол проведения МСЭ;
- справка МСЭ об утрате профессиональной трудоспособности.

- заключение врачебно-экспертной комиссии о профессиональной непригодности (с приложением заключений врачей-специалистов и указанием диагнозов заболеваний), выданное соответствующим компетентным органом, заверенное лечебным учреждением, выдавшим заключение, и отделом кадров работодателя Застрахованного лица;

- копия приказа об увольнении/переводе на другую работу Застрахованного лица в связи с его профессиональной непригодностью, заверенная отделом кадров работодателя Застрахованного лица;

9.8.5. Дополнительно к медицинским документам, перечисленным в п.п. 9.8.2-9.8.4. Правил страхования, представляются следующие документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления страхового события (при необходимости):

- акт о спортивной травме, протокол соревнований;
- акт о несчастном случае на производстве по форме, предусмотренной законодательством РФ;

- акт о случае профессионального заболевания по форме, предусмотренной законодательством РФ;

- заключение межведомственного экспертного совета (другого уполномоченного государственного органа) или решение суда о причинно-следственной связи между нарушением здоровья (заболеванием) Застрахованного лица и радиационным воздействием (облучением);

- акт, составленный в соответствии с действующим законодательством РФ, уполномоченным государственным органом о факте аварийного или незапланированного радиационного (ионизирующего) облучения Застрахованного лица в период действия договора страхования.

- акт о несчастном случае на воздушном, железнодорожном, речном, морском транспорте, оформляемый перевозчиком в установленном законодательстве РФ порядке;

- акт о случае получения травмы, составленный по месту ее получения в любой организации и учреждении и результаты внутреннего расследования заявленного случая;
- справку из компетентных органов (Федеральной службы РФ по гидрометеорологии мониторингу окружающей среды (Росгидромет) или МЧС), подтверждающую факт наступления травмы у Застрахованного лица в результате несчастного случая вследствие катастрофических явлений и/или в результате чрезвычайного происшествия.
- постановления (определения) следственных органов;
- протокол об административном правонарушении, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, если оформление документов о дорожно-транспортном происшествии осуществлялось при участии уполномоченных сотрудников полиции, а составление таких документов предусмотрено законодательством РФ
- решение (определение) или приговор, или определение суда;
- документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в момент страхового случая на территории страхования, указанной в договоре страхования.

9.9. Документы должны быть представлены на бланках либо листах со штампом выдавшего их учреждения или организации. Документы и копии документов должны быть заверены в установленном законодательством РФ порядке.

Все документы, в том числе выписки (копии), представляемые из медицинских учреждений должны быть заверены подписью руководителя медицинского учреждения и круглой печатью медицинского учреждения.

Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а также документы компетентных органов, позволяющие установить факт наступления в период действия страхования страхового случая, характер полученных повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилем. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованный) или Выгодоприобретатель.

По соглашению Сторон в договоре страхования могут оговариваться конкретные документы, которые необходимы для признания наступившего события с Застрахованным лицом страховым случаем.

9.10. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, то Страховщик вправе запросить дополнительные документы, не предусмотренные п. 9.8 настоящих Правил, у Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (наследников), правоохранительных органов, медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

9.11. Решение о страховой выплате или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 30 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, если иное не предусмотрено в договоре страхования. Решение о страховой выплате оформляется актом о страховом случае, в случае отказа в страховой выплате Страховщик письменно сообщает об этом заявителю.

9.12. В случае если предоставленные документы и сведения не позволяют установить факт наступления заявленного события, содержат противоречивую информацию или вызывают сомнения в их достоверности, а также в достоверности наступления заявленного события, Страховщик имеет право перенести срок, указанный в пункте 9.11. Правил страхования, но не более чем на 45 рабочих дней, для проведения экспертизы

предоставленных документов и сведений, обращения в соответствующие компетентные органы для подтверждения факта заявленного события и обстоятельств его наступления.

9.13. В сложных случаях, когда для принятия решения требуется заключение независимой экспертизы заявленного события, Страховщик имеет право предложить пройти такую экспертизу Застрахованному лицу за счёт Страховщика и отложить срок, указанный в пункте 9.11. Правил страхования, до получения результатов экспертизы.

9.14. Если для принятия решения необходимы результаты незаконченного расследования, проводимого компетентными органами, Страховщик имеет право продлить срок, указанный в пункте 9.11. Правил страхования, до окончания этого расследования.

9.15. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 рабочих дней с момента принятия им решения о страховой выплате, если иное не предусмотрено договором страхования, путем перечисления во вклад на имя заявителя в Банк, а также иным способом - по соглашению Сторон. При этом перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счет получателя в Банке осуществляется за счет средств получателя страховой выплаты.

Если иное не оговорено в договоре страхования, днем выплаты считается дата списания соответствующих средств со счета Страховщика в Банке.

9.16. Страховая выплата производится лицу, имеющему право на ее получение по договору страхования, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда в соответствии с законодательством РФ.

9.17. Страховая выплата может быть произведена:

9.17.1. Застрахованному лицу или его законному представителю;

9.17.2. Выгодоприобретателю, предусмотренному в договоре страхования. В случае, если смерть Застрахованного лица наступила в результате совершения Выгодоприобретателем умышленных действий, повлекших наступление данного страхового случая, страховая выплата производится другому Выгодоприобретателю (Выгодоприобретателям), если такой указан в договоре страхования, или наследникам Застрахованного лица.

9.17.3. Наследникам Застрахованного лица в случае, если:

- Застрахованное лицо обратилось с заявлением на выплату, но умерло, не получив страховую выплату, причитающуюся ему в соответствии с договором страхования;
- Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные и иные повреждения, повлекшие его смерть;
- Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;
- Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель умерли одновременно (в один день);
- Застрахованное лицо обратилось с заявлением на выплату с приложением необходимых документов, но до принятия Страховщиком решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и его Выгодоприобретателя - физического лица.

9.17.4. Наследникам Выгодоприобретателя:

- если в связи со смертью Застрахованного лица Выгодоприобретатель-физическое лицо обратился к Страховщику с заявлением на выплату, и умер, не успев получить причитающуюся ему страховую выплату.

9.18. При объявлении судом Застрахованного лица умершим страховая выплата может быть произведена в случае признания события страховым по страховому риску «Смерть в результате несчастного случая» (пп.3.3.1 Правил страхования)/«Смерть в результате несчастного случая и болезни» (пп.3.3.2 Правил страхования)/«Смерть в результате несчастного случая и болезни (специальная)» (пп.3.3.30 Правил страхования), если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших ему смертью или дающих основание предполагать его гибель от определённого несчастного случая (т.е. при обстоятельствах, имеющих признаки страхового случая в соответствии с условиями заключённого договора страхования), и

день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия страхования в отношении него страхования.

При признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

9.19. В соответствии с условиями договора страхования Страховщик в счет страховой выплаты вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу.

9.20. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащей страховой выплаты зачесть сумму просроченного очередного взноса, либо потребовать от Страхователя произвести уплату очередного страхового взноса, при этом Страхователь обязан в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента предъявления такого требования уплатить очередной страховой взнос.

10. Основания для отказа в страховой выплате

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

- если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- если страховой случай в действительности не имел места или не подтвержден соответствующими документами;
- если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного договором страхования;
- если наступившее событие исключено из страхования (в соответствии с условиями Правил страхования и/или договора страхования);
- если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством РФ;
- если не выполнены какие-либо условия страховой выплаты, предусмотренные разделом 9 Правил страхования и (или) договором страхования.

11. Порядок разрешения споров

11.1. Споры и разногласия, возникшие между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путём переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. При получении одной Стороной договора страхования письменной претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней с момента её получения другой Стороной договора страхования.

При этом, если Страхователь (Выгодоприобретатель) является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", то Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования, обязан рассмотреть письменную претензию Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии Страхователя (Выгодоприобретателя) в случае, если указанная претензия направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней.

11.2. При недостижении соглашения в претензионной порядке по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

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

11.4. В случае возникновения споров о причинах и размере ущерба каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

11.5. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования, обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований, подтвержденных документально. При соответствии требований Страхователя (Выгодоприобретателя) критериям, установленным Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", Страхователь (Выгодоприобретатель) после соблюдения обязательного претензионного порядка урегулирования спора, предусмотренного п. 11.1 настоящих Правил, обязан направить обращение финансовому уполномоченному, при этом обращение в суд по таким требованиям возможно с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

12. Глоссарий (определение терминов для целей Правил страхования)

12.1. Стационарное лечение – это нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в период действия договора страхования.

При этом стационарным лечением не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей. Также не является стационарным лечением помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

12.2. Предшествовавшее состояние — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство), которое у Застрахованного лица уже было диагностировано или о котором он должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующее на момент заключения договора страхования, либо проявлявшееся в течение 12 месяцев до заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

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

12.4. Инвалидность – установленное органом медико-социальной экспертиза (МСЭ) стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного лица, обусловленное травмой, острым отравлением, полученными в период действия договора страхования и/или болезнью, развившейся и диагностированной в тот же период,

сопровождающееся ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью и ограничением способности к труду.

В зависимости от степени расстройства функций организма лицам старше 18 лет устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

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

12.5. Несчастный случай на производстве – событие, в результате которого работник при выполнении им трудовых (служебных) обязанностей на территории организации (предприятия), за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с работы получил: травму (увечье, отравление либо иное повреждение здоровья) и/или наступила его смерть.

12.6. Телесное повреждение – это травма и/или случайное острое отравление, полученные Застрахованным лицом в период действия договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренные указанной в договоре страхования вариантом «Таблицы размеров страховых выплат», являющейся приложением к Правилам страхования.

12.7. Травма - это 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 известных медицинской науке объективных симптомов.

12.8. Утрата трудоспособности - это ограничение или утрата способности Застрахованного лица к труду.

12.9. Виды утраты трудоспособности:

12.9.1. Постоянная полная утрата трудоспособности – социальная недостаточность Застрахованного лица вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

12.9.2. Постоянная утрата профессиональной трудоспособности – это необратимая утрата Застрахованным лицом способности к определенному труду в соответствии со своей профессией, подготовкой и квалификацией.

12.9.3. Временная утрата трудоспособности (временная нетрудоспособность) - нетрудоспособность, наступившая в результате несчастного случая и (или) болезни, сопровождающаяся невозможностью исполнять Застрахованным лицом свои трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая и (или) болезни.

12.10. Период ожидания – период времени, отсчёт которого начинается с даты заключения договора страхования (или иной даты, указанной в договоре) и до даты начала действия страхования, в течение которого наступившее событие не является страховым случаем и не влечет за собой обязательство Страховщика осуществить страховую выплату. Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам.

12.11. Период выживания – период, начинающийся с момента первичного диагностирования СОЗ или проведения хирургической операции, по завершению которого событие может быть признано страховым случаем, если в течение этого периода не наступила смерть Застрахованного.

12.12. Временная франшиза – указанный в договоре страхования период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного страхового события, истечение которого является одним из условий признания данного события страховым случаем и осуществления страховой выплаты.

12.13. Болезнь (заболевание) — нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, диагноз которого поставлен квалифицированным

медицинским работником на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также результатов специальных исследований.

12.14. Смертельно опасное заболевание (СОЗ) – диагностированное квалифицированным врачом заболевание или осложнение заболевания либо рекомендованное и произведенное квалифицированным врачом хирургическое лечение заболевания, значительно нарушающее жизненный уклад и качество жизни Застрахованного лица, характеризующееся высоким уровнем смертности.

12.15. Хирургическая операция - это метод лечения травм и заболеваний, проведение которого всегда сопровождается и/или связано со значительным нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых оболочек. Хирургическое вмешательство должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

12.16. Случайное острое отравление - это резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами. Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллез, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся.

12.17. Непрерывное стационарное или амбулаторное лечение - это соответствующее характеру болезни лечение, проводимое имеющим на это право медицинским работником при условии периодического – назначаемого и осуществляемого не реже одного раза в 10 дней, очного контроля его эффективности (на приеме или при посещении больного медицинским работником). Неявка на назначенный прием означает прекращение непрерывного лечения в день, когда он был назначен. Явка Застрахованного лица на прием без назначения (в сочетании с отсутствием установленных при этом медицинских показаний для обращения) при определении срока непрерывного лечения не учитывается.

12.18. Инфицирование – это проникновение в организм Застрахованного лица конкретных болезнетворных микроорганизмов, определяемое специальными методами исследования, с возможным последующим развитием у этого лица соответствующей инфекционной болезни. В случае развития болезни «инфицирование» одновременно будет означать и «заражение» инфекционной болезнью. Под инфицированием вследствие профессиональной деятельности понимается заражение, явившееся следствием случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных обязанностей.

12.19. Инфекционная болезнь – это наступившее в период действия договора страхования нарушение здоровья Застрахованного лица, явившееся следствием взаимодействия с поступившими в его организм в указанный период болезнетворными микробами (бактериями, вирусами и т.п.).

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

12.21. Страховая сумма – это денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования. Сублимит страховой суммы – это установленный по определённому страховому риску лимит ответственности Страховщика, исходя из размера которого будет определяться размер страховой выплаты при наступлении с Застрахованным лицом соответствующего страхового случая.