

УТВЕРЖДАЮ
Директор по андеррайтингу
АО СК «Альянс»
_____ В. Василюпоулос

ОБЩИЕ ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ:

- I. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**
- II. **СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.**
- III. **ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.**
- IV. **СТРАХОВЫЕ РИСКИ.**
- V. **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.**
- VI. **СЛУЧАИ НЕЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.**
- VII. **СТРАХОВАЯ СУММА.**
- VIII. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ.**
- IX. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ.**
- X. **ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- X¹. **ОСОБЕННОСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА**
- XI. **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- XII. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**
- XIII. **ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.**
- XIV. **ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- XV. **ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- XVI. **ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ.**
- XVII. **ПОРЯДОК ОБМЕНА ЭЛЕКТРОННЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ, ИЗМЕНЕНИИ ДЕЙСТВИИ И ПРЕКРАЩЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- XVIII. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

I. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

- 1.1. Настоящие Общие правила комплексного страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации о страховании и содержат условия, на основании которых Акционерное общество Страховая компания «Альянс», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней (далее по тексту – Договор страхования) с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями по следующим видам страхования: страхование от несчастных случаев и страхование от болезней.
- 1.2. При заключении Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей и Страховщика, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил, и они приложены к Договору страхования, о чем в Договоре страхования сделана соответствующая запись.
- 1.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении Договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил, если допущенные в Договоре страхования отступления от Правил не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями Договора страхования, преимущественную силу имеют положения Договора страхования.
- 1.4. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных лиц), а также создавать страховые продукты, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия страхования (страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

- 1.5. Никакой Страховщик не считается предоставляющим покрытие и не несет ответственности по осуществлению выплаты или предоставлению возмещения по убытку по Договору страхования в той части, в которой в результате предоставления такого покрытия, либо возмещения, либо осуществления такой выплаты в отношении Страховщика будут введены санкции, запрет либо ограничение в соответствии с резолюцией ООН, какими-либо торговыми или экономическими санкциями, законодательством или нормативно-правовыми актами Европейского Союза, Великобритании или США.
- 1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенным на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.
- 1.7. В соответствии с Правилами страхования Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю/Застрахованному лицу или указанному в Договоре страхования Выгодоприобретателю независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, причитающихся им по другим договорам страхования, выплат или сумм в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.
- 1.8. Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов:
- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
 - в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (Viber, WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger и т. п.) по телефону или адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на страховую выплату) с контактными данными, поданном от Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.
 - в виде сообщения по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.

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

В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

- 1.9. Заклячая (подписывая) Договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные и другие сведения, предусмотренные формой договора страхования), Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее—«ПД») и дают согласие Оператору ПД — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в договоре страхования) на обработку своих персональных данных включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт); копия заграничного паспорта; информация о состоянии здоровья; контактные телефоны (мобильный, домашний, служебный), адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания и иной доступной либо известной информации в любой конкретный момент времени из открытых источников, Оператору ПД в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного договора страхования, включая организацию оказания медицинских услуг ; направления запросов о предоставлении документов по заявленному убытку в адрес медицинских и иных организации (в том числе на официальные электронные адреса данных организаций); осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования; проведения исследований мнения об обслуживании и страховых продуктах, в том числе исследований, направленных на улучшение качества страховых продуктов; включения в клиентскую базу Оператора для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях; передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований или иного урегулирования судебных споров в порядке, установленном действующим законодательством; продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления прямых контактов со мной с помощью различных средств связи, включая, но, не ограничиваясь, электронная почта, информационно-коммуникационные сервисы, телефон, почта и учета предоставленной мной информации в базах данных, а также выражаю свое согласие и

разрешаю Оператору ПД обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора ПД. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору ПД алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение).

Страхователь (Застрахованное лицо) соглашается с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор ПД вправе поручить обработку, включая трансграничную передачу, Персональных данных третьим лицам, а именно:

- ООО СК «Альянс Жизнь» с местоположением по адресу: 115184, Россия, г. Москва, Озерковская набережная, д.30;

- Альянс Технолоджи SE с местоположением по адресу 81737, Германия, г. Мюнхен, ул. Фритц-Шеффер, д.9;

- компаниям группы Альянс, контрагентам Оператора ПД,

при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора ПД.

Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора ПД.

Настоящее Соглашение на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 5 (Пяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором ПД либо до дня отзыва Соглашения с правом Оператора ПД продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях.

Настоящее Соглашение может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора ПД.

II. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

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

2.2. **Страховщик** - Акционерное общество Страховая компания «Альянс», созданное для осуществления страховой деятельности и получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

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

Договор страхования может заключаться как в отношении самого Страхователя - физического лица, так и в отношении иных названных в Договоре страхования физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).

2.4. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, указанное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования (т.е. в отношении жизни и здоровья которого заключен Договор страхования). Если по Договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является и Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать Договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.

2.4.1. Следующие категории лиц могут быть Застрахованными лицами только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования:

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

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

c) лица, страдающие онкологическими заболеваниями - по страховым рискам, указанным в п.п. 4.2., 4.3., 4.6., 4.7., 4.9., 4.10., 4.12., 4.13., 4.15., 4.16., 4.18., 4.19., 4.20. настоящих Правил;

d) лица моложе 18 лет и старше 75 лет на дату заключения Договора страхования - по страховым рискам, указанным в п.п. 4.15., 4.16., 4.18., 4.19., 4.20. настоящих Правил;

e) лица, которые уже перенесли одно из заболеваний или одну из операций, указанных в «Перечне критических заболеваний и серьезных операций» (Приложение № 26 и № 27 к Правилам), больные сахарным диабетом, артериосклерозом, имеют заболевания коронарных артерий, периферических кровеносных сосудов, страдают тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы - по страховому риску, указанному в п. 4.20. настоящих Правил.

При заключении Договора страхования в отношении указанных в п.п. 2.4.1. а) – е) категорий лиц Страховщик праве применять индивидуальные тарифы и набор страховых рисков с учетом состояния здоровья данных лиц.

2.4.2. Могут быть Застрахованными лицами только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, следующие категории лиц:

- а) лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- б) лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
- с) лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы.

2.4.3. Лицо, чья профессия, увлечения или особенности проведения досуга и отдыха объективно связаны с повышенной вероятностью возникновения несчастных случаев или болезней, может быть застраховано только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования (то есть если Застрахованное лицо правдиво ответило на все вопросы, заданные Страховщиком в заявлении на страхование, а также подписью подтвердило достоверность данных, указанных в Договоре страхования/полисе).

2.4.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в п.п. 2.4.1. - 2.4.3. Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

2.4.5. Застрахованными лицами по Договору страхования могут признаваться водитель и пассажиры, находящиеся в определенном Договором транспортном средстве по своей доброй воле и с разрешения владельца транспортного средства.

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

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

2.5. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько физических, или юридических лиц, назначенных Застрахованным лицом, либо Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховых выплат по Договору страхования. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

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

2.5.4. При отсутствии Выгодоприобретателя по Договору страхования (не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом) выплата производится наследникам Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством, в этом случае страховая выплата производится пропорционально их наследственным долям.

2.5.5. Замена Выгодоприобретателя по Договору страхования допускается только с письменного согласия Застрахованного лица. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую - либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

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

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. Объектами страхования от несчастных случаев и болезней могут быть имущественные интересы, связанные:

- с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

3.2. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование (раздел IV Правил).

- 3.3. **Страховыми случаями** являются совершившиеся события, предусмотренные Договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).
- 3.4. Страховыми случаями признаются совершившиеся внезапные, непредвиденные и непреднамеренные для Застрахованного лица события, указанные в разделе IV Правил и Договоре страхования, явившиеся прямым следствием несчастного случая и/или заболевания, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, подтвержденные (если иное не предусмотрено Договором страхования) документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, органами МВД и т.д.) и установленные в соответствии с предусмотренной Правилами.
- 3.5. **Несчастный случай** - Фактически произошедшее в течение срока страхования, предусмотренного Договором страхования, внезапное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, независимое от воли Застрахованного лица, повлекшее за собой смерть Застрахованного лица или причинение вреда его здоровью, не являющееся следствием заболевания Застрахованного лица.
- 3.5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, несчастные случаи, произошедшие в результате террористического акта, считаются включенными в Договор страхования.
К несчастным случаям по настоящим Правилам относятся:
- 3.5.1.1. телесные повреждения в результате взрыва, ожог, обморожение, утопление, поражение электрическим током, удар молнии, солнечный удар;
- 3.5.1.2. переохлаждение организма (гипотермия, за исключением простудного заболевания);
- 3.5.1.3. ушиб, ранение, перелом (за исключением патологического перелома), вывих сустава (за исключением привычного вывиха), разрыв тканей, травматическая потеря зубов, инородное тело органов и частей тела, полный разрыв мышцы, связки, сухожилия, повреждения внутренних органов, мягких тканей, сдавления, телесные повреждения в результате нападения животных, в том числе змей;
- 3.5.1.4. сотрясение головного мозга;
ушиб мозга;
асфиксия;
случайное острое отравление ядовитыми растениями, химическими веществами (за исключением спиртосодержащих жидкостей);
- 3.5.1.5. случайное острое отравление лекарственными препаратами. При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 10 лет (включительно) к несчастному случаю относится только случайное острое отравление лекарственными препаратами, прописанными по назначению лечащего врача; для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 10 лет – любые случаи отравления лекарственными препаратами;
- 3.5.1.6. укусы насекомых, которые привели к возникновению анафилактического шока, потребовавшего стационарного лечения;
- 3.5.1.7. укусы насекомых, которые привели к заболеванию клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), малярией;
- 3.5.1.8. пищевая токсикоинфекция (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиелез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом А05 по МКБ-10);
- 3.5.1.9. причинение вреда жизни и здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций.
- 3.5.1.10. К неправильным медицинским манипуляциям относятся манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные судом отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к событиям, на случай которых осуществлялось страхование
- 3.5.1.11.
- 3.5.1.12.
- 3.5.2. Только если это прямо указано в Договоре страхования, несчастным случаем могут признаваться следующие события:
- a) непреднамеренное заражение Гепатитом В, С, Е, F, ВИЧ-инфекцией, сифилисом, туберкулёзом, возникшее в течение срока действия Договора страхования;
- b) заражение инфекционными заболеваниями, тромбоэмболия и воздушная эмболия - в результате выполнения Застрахованным лицом донорских функций по сдаче крови и (или) её компонентов;
- c) патологические роды,
- d) другие события, предусмотренные Договором страхования, обладающие признаками, указанными в п.3.5. Правил.
- 3.6. **Болезнь / заболевание (естественные причины)** – диагностированное впервые в период действия Договора страхования квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем и обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.
- 3.6.1. **Квалифицированный врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя и/или посредника, при участии которого был заключен Договор страхования, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение и/или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

- 3.7. В Договор страхования могут быть включены по соглашению сторон страховые риски, указанные в разделе IV Правил, в любой их комбинации.
- 3.8. События, предусмотренные разделом IV Правил, признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия Договора страхования и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке, если иное не указано в Договоре страхования
- 3.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п. 4.1 – 4.10. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 1 (одного) года от даты наступления несчастного случая или диагностирования заболевания, независимо от истечения срока страхования на момент наступления события.
- 3.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п.п. 4.11 – 4.16. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, признаются страховым случаем, если они наступили (диагностированы) не позже 30 (тридцати) дней от даты несчастного случая или диагностирования заболевания, независимо от истечения срока страхования на момент наступления события при условии, что это указано в Договоре страхования.
- 3.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п. 4.17 – 4.19, 4.21 – 4.22. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, признаются страховыми случаями, если они наступили (диагностированы) не позднее, чем в течение 180 дней от даты окончания Договора страхования, при условии, что несчастный случай или диагностирование заболевания, покрываемого Договором страхования и послужившего причиной события, предусмотренного пп. 4.17 - 4.19, 4.21 – 4.22 Договора страхования, произошли в период его действия.
- 3.12. Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в разделах III-IV Правил. При этом положения Договора имеют преимущественную силу перед настоящими Правилами.

IV. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

4.1. **Смерть в результате несчастного случая**

4.2. **Смерть в результате несчастного случая или болезни**

4.3. **Смерть в результате болезни (естественных причин)**

4.4. **Смерть в результате несчастного случая вследствие дорожно-транспортного происшествия, железнодорожной аварии, авиакатастрофы или пожара**

Дорожно-транспортное происшествие - событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб, в том значении, в котором данное понятие используется в Правилах дорожного движения Российской Федерации. Участником ДТП признается пострадавшее в результате лицо, принимавшее непосредственное участие в процессе движения в качестве водителя, пешехода или пассажира транспортного средства.

Железнодорожная авария - авария на железной дороге, приведшая к гибели или ранению Застрахованных лиц - пассажиров и/или членов экипажа, а также Застрахованных лиц, оказавшихся на месте аварии.

Авиакатастрофа - авиационное происшествие, инцидент или авария воздушного судна, допущенного к эксплуатации в соответствии с установленными правилами перевозки пассажиров, совершавшего регулярный (или чартерный авиарейс, или авиарейс на коммерческом невоенном воздушном судне), выполняемый организацией (авиакомпанией), обладающей соответствующей лицензией, приведшая к гибели или ранению пассажиров и/или членов экипажа, а также Застрахованных лиц, оказавшихся на месте авиационного происшествия, инцидента или аварии, исключая рейсы занесенных в международные списки небезопасных для жизни авиакомпаний.

Пожар - неуправляемое, несанкционированное горение веществ, материалов и газо-воздушных смесей вне специального очага, обладающее признаками, указанными в п.3.5. Правил, развивающееся во времени и пространстве и приносящее значительный материальный ущерб, вред жизни и здоровью Застрахованных лиц, в том числе в результате воздействия выделяющихся при пожаре продуктов сгорания, а также причинение вреда в результате пожаротушения

4.5. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате несчастного случая / установление группы инвалидности в результате несчастного случая / инвалидность в результате несчастного случая**

4.6. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни / установление группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни / инвалидность в результате несчастного случая или болезни**

4.7. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате болезни (естественных причин) / установление группы инвалидности в результате болезни (естественных причин) / инвалидность в результате болезни (естественных причин)**

- Постоянная утрата трудоспособности / инвалидность** – ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия Договора страхования, приводящее к необходимости социальной защиты, с возможным установлением группы инвалидности и степени ограничения трудоспособности, а также определением требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера в соответствии с требованиями и на основании заключения медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК). В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается 1, 2 или 3 группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория «ребенок-инвалид».
- 4.8. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая;**
- 4.9. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания;**
Профессиональная трудоспособность - способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.
- 4.10. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания (естественных причин);**
Постоянная утрата профессиональной трудоспособности устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах, исходя из способности пострадавшего осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая или профессионального заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, социального развития и труда.
- 4.11. **Травма в результате несчастного случая**
Травма в результате несчастного случая - физическое повреждение организма под воздействием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая.
- 4.12. **Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни**
Временная утрата трудоспособности в результате болезни - нетрудоспособность в результате болезни, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного ограниченного периода времени, необходимого для лечения болезни.
Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет и лиц, признанных нетрудоспособными в установленном законодательством порядке, риски, указанные в п.п.4.12. - 4.13. Правил, понимаются, как частичное расстройство функций организма (временное расстройство здоровья).
Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая - нетрудоспособность в результате несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного ограниченного периода времени, необходимого для выздоровления.
- 4.13. **Временная утрата трудоспособности в результате болезни**
- 4.14. **Госпитализация в результате несчастного случая**
- 4.15. **Госпитализация в результате несчастного случая или болезни**
- 4.16. **Госпитализация в результате болезни**
Если иное не предусмотрено Договором страхования, под **госпитализацией** понимается помещение Застрахованного лица на срок не менее 24 часов в круглосуточный стационар расположенного на территории Российской Федерации государственного или частного медицинского учреждения (имеющего лицензию на оказание медицинской помощи населению и/или на оказание стационарной медицинской помощи подросткам и взрослому населению) для проведения лечения, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем или диагностированной в период действия Договора страхования болезнью.
Госпитализацией не будет считаться помещение Застрахованного лица в стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, нахождение Застрахованного лица в стационаре в связи с карантином или иными превентивными мерами.
Экстренная госпитализация - госпитализация Застрахованного лица в стационар по поводу неотложных состояний, угрожающих его жизни и требующих неотложной медицинской помощи.
Если иное не предусмотрено Договором страхования, под нахождением Застрахованного лица в реанимации понимается нахождение Застрахованного лица в реанимационном отделении расположенного на территории Российской Федерации стационара круглосуточного медицинского наблюдения с проведением Застрахованному лицу мероприятий реанимационного характера.
- 4.17. **Хирургическая операция в результате несчастного случая**
- 4.18. **Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни**
- 4.19. **Хирургическая операция в результате болезни**
Хирургическая операция - оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования несчастным случаем или болезнью,

предусмотренное таблицей или перечнем хирургических операций, приведенным в Договоре страхования.

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

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

4.20. **Диагностирование критического заболевания и/или проведение сложного оперативного вмешательства.**

Критическими заболеваниями применительно к данному виду страхования считаются болезни (заболевания) и операции, обозначенные в Перечнях критических заболеваний и сложных оперативных вмешательств (приложения №26-27 к Правилам) и характеризующиеся установлением в период действия Договора страхования диагноза и наличием диагностических признаков, соответствующих указанным в Приложениях №26-27, повлекшие потерю трудоспособности. Одновременное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в Перечне критических заболеваний в целях страхования от несчастных случаев и болезней считается одним критическим заболеванием.

При заключении Договора страхования Страховщик определяет список критических заболеваний, на случай которых производится страхование, выбирая из указанного перечня. Конкретный список критических заболеваний и сложных оперативных вмешательств является обязательным приложением к Договору страхования.

4.21. **Инфицирование Застрахованного лица вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) вследствие:**

- a) переливания крови;
- b) профессиональной (или медицинской) деятельности.

4.22. **Инфицирование Застрахованного лица вирусным сывороточным гепатитом (гепатитом В) или вирусным посттрансфузионным гепатитом (гепатитом С) вследствие:**

- a) переливания крови;
- b) профессиональной (или медицинской) деятельности.

Под **инфицированием вследствие переливания крови** понимается заражение, явившееся прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в период действия Договора страхования, при условии, что учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица (если иное не предусмотрено в Договоре страхования).

Под **инфицированием вследствие профессиональной (медицинской) деятельности** понимается заражение, явившееся следствием случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (или медицинских) обязанностей в период действия Договора страхования.

V. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.

5.1. Территорией распространения страховой защиты является весь мир, если иное не указано в Договоре страхования.

5.2. Договором страхования может быть предусмотрено ограничение территории распространения страховой защиты по отдельным событиям, перечисленным в разделе IV Правил (например, пределами границ Российской Федерации).

VI. СЛУЧАИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не являются события, указанные в разделе IV Правил, которые произошли во время или в результате:

- 6.1.1. умышленного совершения или попытки совершения Застрахованным лицом, Страхователем или лицом, которое согласно Договору страхования, настоящим Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем, уголовно наказуемого деяния, либо административного правонарушения, в том числе действия, направленного на наступление страхового случая;
- 6.1.2. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (за исключением случаев употребления Застрахованным лицом наркотических, токсических, сильнодействующих или психотропных веществ по предписанию лечащего врача и с соблюдением указанной врачом дозировки);
- 6.1.3. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления, либо передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления;
- 6.1.4. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор страхования действовал менее двух лет, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- 6.1.5. непосредственного участия Застрахованного лица в народных волнениях, забастовках, беспорядках;
- 6.1.6. любых военных действий (независимо от того, была объявлена война или нет), военных маневров или других военных мероприятий, их последствий, гражданских волнений или войн, военных переворотов, прохождения Застрахованным лицом действительной службы в любых вооруженных силах или иных военизированных соединениях любого государства, непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;
- 6.1.7. использования ядерной энергии, воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, облучения;
- 6.1.8. психического или нервного заболевания Застрахованного лица или потери сознания вследствие параличей, апоплексического удара, эпилептического припадка или иных судорожных или конвульсивных приступов, приведших к любым последствиям (за исключением случаев, когда данные нарушения были вызваны несчастным случаем, предусмотренным Договором страхования);
- 6.1.9. возникших по любой причине (включая медицинские манипуляции) заболеваний или осложнений заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления Договора страхования в силу, или травм, полученных до вступления Договора страхования в силу;
- 6.1.10. проведения медицинских процедур и манипуляций без предписания квалифицированного врача, лечения любыми способами, официально не признанными медицинской наукой (нетрадиционная медицина), лечения или иного медицинского вмешательства, осуществляемого самим Застрахованным лицом (самолечение) или другими лицами по его поручению (кроме случаев, когда такое лечение или иное медицинское вмешательство производилось по предписанию врача в период действия страхового покрытия);
- 6.1.11. болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией или заболеванием СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита), их производных и/или мутантных форм, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;
- 6.1.12. занятий Застрахованного лица любым видом спорта на профессиональном уровне, участия в любых соревнованиях, в том числе с использованием моторизованного наземного, водного или воздушного транспортного средства, а также занятий следующими видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта (парашют, дельтаплан, планер и др.), парусный спорт, альпинизм, скалолазание, боевые единоборства, подводное плавание (погружение на глубину более 25 метров), горные лыжи, сноубординг; а также во время сплава по бурным потокам, кейвинга, охоты с использованием любого вида оружия и других опасных хобби, связанных с риском для жизни;
В настоящих Правилах под занятиями спортом **на профессиональном уровне** понимаются занятия любым видом спорта на систематической основе и предполагающие тренировки и/или участие в официально проводимых спортивных соревнованиях.
- 6.1.13. участия Застрахованного лица в любых воздушных, авиационных или космических полетах/перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира, имеющего оплаченный действительный билет, регулярного, либо чартерного, авиарейса, авиарейса на коммерческом невоенном воздушном судне, лицензированном и допущенном к эксплуатации в соответствии с установленными правилами для перевозки пассажиров.
- 6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не являются:
- 6.2.1. временная утрата трудоспособности - в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности в связи с беременностью или её прерыванием, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, наследственного заболевания, лечением зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством (за исключением случаев, когда это необходимо для лечения или устранения последствий телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем), лечением венерических заболеваний или заболеваний в присутствии ВИЧ-инфекции, любых заболеваний нервной системы, временная утрата трудоспособности в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, простудных заболеваний (ОРВИ), пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного лица), временная утрата трудоспособности, наступившая вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф);
- 6.2.2. хирургические операции – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, лечением наследственных заболеваний; в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования); проведение диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% от общей поверхности тела; операции, связанные с лечением или удалением аденоидов или миндалин в течение первых 180 (ста восьмидесяти) дней с начала действия Договора страхования; операции, связанные с вскрытием воспалений кожи, тканей и суставов; удалением шовного материала; пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора страхования); операции по

смене пола, хирургические операции вследствие официально признанных случаев эпидемий, операции по удалению непролиферирующих (неинвазивных) опухолей in-situ, операции в связи с любыми видами рака кожи, за исключением пролиферирующей (инвазивной) злокачественной меланомы, наложение швов на кожу, операции по устранению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы;

6.2.3. госпитализации – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, лечением зубов, пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем), стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением или лечением бесплодия, венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, лечением наследственного заболевания, проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, а также госпитализации, наступившие вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф).

VII. СТРАХОВАЯ СУММА.

7.1. **Страховая сумма** представляет собой денежную сумму, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

7.2. **Размер страховой суммы (лимит ответственности)** определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.

7.3. Если в Договоре страхования установлена **агрегатная страховая сумма**, то она является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия Договора страхования. Страховая сумма по Договору страхования всегда считается агрегатной, если иное прямо не предусмотрено в Договоре страхования.

7.4. Если в Договоре страхования установлена **неагрегатная страховая сумма**, то она является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по каждому страховому случаю, произошедшему в период действия Договора страхования.

7.5. Страховая сумма может устанавливаться как в целом по Договору страхования, так и отдельно по каждому риску.

7.6. Общая страховая сумма (лимит ответственности) по Договору страхования равна сумме страховых сумм по всем Застрахованным лицам. В случае установления страховых сумм по каждому риску отдельно, общая страховая сумма по всем Застрахованным лицам устанавливается также по каждому риску отдельно.

7.7. Ответственность Страховщика по любому из страховых рисков ограничена страховой суммой по данному риску. Если Договором страхования установлена единая страховая сумма по нескольким рискам, ответственность Страховщика по каждому отдельному риску ограничена указанной страховой суммой.

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

а) по **«системе мест»**. В этом случае страховая сумма устанавливается в одинаковом размере, в расчете на каждое место в транспортном средстве, на котором может находиться Застрахованное лицо (водитель, пассажир). Количество таких мест («застрахованных мест») строго равно максимальному количеству посадочных мест в транспортном средстве в соответствии с нормативами, установленными заводом - изготовителем и указанными в паспорте транспортного средства.

б) по **«паушальной системе»**. В этом случае устанавливается общий размер страховой суммы для всех Застрахованных лиц. Численность Застрахованных лиц строго равна максимально допустимому количеству посадочных мест в транспортном средстве, в соответствии с нормативами, установленными заводом-изготовителем. Размер страховой суммы для каждого из Застрахованных лиц определяется в виде доли от общей страховой суммы. При этом размер страховой суммы для застрахованного лица определяется после наступления страхового случая и составляет:

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

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

VIII. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

8.1. **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 условиями страхования.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска – возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по Договору страхования, времени действия страховой защиты, установленной в Договоре страхования франшизы и других обстоятельств, указанных Страхователем в заявлении на страхование, имеющих существенное значение для определения степени риска. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

8.2. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховая премия рассчитывается исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

8.3. Если страховая сумма по Договору страхования установлена в иностранной валюте (в рублевом эквиваленте), уплата страховой премии (страховых взносов) производится Страхователем в рублевом эквиваленте по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату совершения платежа (если иное не предусмотрено в Договоре страхования).

8.4. В случае установления отдельных периодов страхования (периодов ответственности Страховщика) в Договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого страхового периода.

8.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем путем наличных или безналичных расчетов одновременно (разовым платежом за весь срок страхования) или в рассрочку в течение срока страхования. Порядок и сроки оплаты (график платежей) страховых взносов определяется в Договоре страхования.

8.6. По определенным страховым продуктам и/или в соответствии с разработанными условиями страхования, по Договору страхования, заключенному **на срок менее 1 (одного) года**, могут устанавливаться поправочные коэффициенты в зависимости от срока его действия. Оплата страховой премии по такому Договору страхования производится одновременно, если иное не будет согласовано в Договоре страхования.

8.7. Страхователь — юридическое лицо оплачивает страховую премию в безналичной форме или в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, наличными денежными средствами в кассу Страховщика. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными с момента внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика/его представителя либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц.

При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода предоставляемых Страхователем наличных денежных средств без открытия банковского счета обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в размере внесенных денежных средств с момента внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов обязательства Страхователя, являющегося физическим лицом, перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией. При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов обязательства Страхователя, являющегося юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

IX. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ.

9.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

9.2. Договор страхования может заключаться на любой срок.

9.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём оплаты Страхователем страховой премии или первого взноса при оплате премии в рассрочку.

9.4. В случае неоплаты Страхователем первого страхового взноса в установленный Договором страхования срок или оплаты его в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, и Страховщик не несет по нему обязательств. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты

очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

- 9.5. **Срок страхования (страховой защиты)** - период времени, в течение которого на Застрахованное лицо (Страхователя) распространяется действие страховой защиты, т.е. в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат при наступлении страховых случаев.
- 9.6. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза (период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, происходящие с Застрахованным лицом). При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании временной франшизы. Временная франшиза может быть установлена как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по рискам устанавливаются следующие временные франшизы:
- 9.6.1. по риску «госпитализация» в результате болезни Застрахованного лица (п.4.15. - 4.16. Правил) - 60 дней. При этом в случае экстренной госпитализации временная франшиза не устанавливается.
- 9.6.2. по риску «хирургическая операция» в результате болезни Застрахованного лица (п. 4.18. – 4.19. Правил) - 90 дней.
- 9.6.3. по риску «диагностирование критического заболевания или проведение сложного оперативного вмешательства» (п. 4.20. Правил) - 90 дней.
- 9.7. **Страховая защита** по Договору страхования может действовать 24 часа в сутки (круглосуточно) либо по соглашению сторон страховыми могут признаваться случаи, произошедшие с Застрахованным лицом:
- 9.7.1. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), исключая время пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно;
- 9.7.2. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно. Время нахождения в пути может быть ограничено определенным временным промежутком, указанным в Договоре страхования;
- 9.7.3. только в быту (во время, свободное от исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей);
- 9.7.4. только во время тренировок и соревнований;
- 9.7.5. только в результате дорожно-транспортного происшествия, то есть на дороге с участием моторизованного транспортного средства передвижения;
- 9.7.6. только во время мероприятий, поездок, выполнения работ, определенных Договором страхования;
- 9.7.7. в любое другое время, предусмотренное Договором страхования.
- Х. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- 10.1. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям Договора страхования:
- о Застрахованном лице;
 - о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (о страховом случае);
 - о размере страховой суммы;
 - о сроке действия Договора страхования.
- 10.1.1. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:
- письменное или устное заявление Страхователя. Заявление, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью Договора страхования;
 - сведения о лицах, указываемых в Договоре страхования (Страхователе, Застрахованных лицах, Выгодоприобретателях), необходимые для их идентификации в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;
 - список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме (если сведения о Застрахованных лицах указываются в прилагаемом к Договору страхования Списке Застрахованных лиц);
 - согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия.
- 10.1.2. Со страхователем – физическим лицом договор страхования может быть заключен в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.allianz.ru, а также сайта страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и (или) мобильных приложений Страховщика, страхового агента, страхового брокера, осуществляющих автоматизированное создание и отправку информации в информационную систему Страховщика.

- 10.1.3. Договор страхования в форме электронного документа заключается на основании письменного заявления на страхование, подписанного простой электронной подписью Страхователя-физического лица. Составление заявления на страхование осуществляется путем заполнения соответствующих полей формы заявления, размещенного на официальном сайте Страховщика, либо сайта страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и (или) мобильных приложений Страховщика, страхового агента, страхового брокера. Заявление на страхование, подписанное простой электронной подписью Страхователя-физического лица, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя. Особенности заключения договора страхования в форме электронного документа определяются в пункте X¹ настоящих Правил.
- 10.1.4. Сведения о лицах, указываемых в Договоре страхования, список Застрахованных лиц (если сведения о Застрахованных лицах указываются в прилагаемом к оговору страхования Списке Застрахованных лиц) оформляются на официальном сайте Страховщика путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика, и подписываются простой электронной подписью Страхователя-физического лица.
- 10.2. Заключая Договор страхования в форме электронного документа Страхователь гарантирует Страховщику наличие согласия Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.
- 10.2.1. Страховщик для оценки степени риска имеет право требовать у Страхователя (Застрахованного лица) предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления) о профессиональной принадлежности Застрахованного лица, о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), о наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом.
- 10.3. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 10.4. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Застрахованным лицом результатов медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья.
- 10.5. При заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика медицинское освидетельствование Застрахованного лица не производится. При заключении Договора страхования Страховщик вправе провести обследование Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в медицинской организации, выбранной Страховщиком. При этом дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с Застрахованным лицом.
- 10.6. Заключение Договора страхования производится без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, не освобождает Страхователя от сообщения достоверных данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.
- 10.7. Договор страхования заключается в письменной форме или в форме электронного документа («договор страхования» или «страховой полис») в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 10.8. Страхователь - физическое лицо, заключая договор страхования в форме электронного документа, уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.
- 10.9. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты страхователем страховой премии (страхового взноса).
- 10.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).
- 10.13. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме или в форме электронного документа.
- 10.14. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие условия страхования излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать договорам страхования (страховым полисам), заключенным в соответствии с настоящими Правилами на односторонних условиях, определенные маркетинговые наименования.

10.15. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику:

10.15.1. Страхователи – юридические лица предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:

- наименование;
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);
- государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);
- дата и место государственной регистрации²;
- наименование регистрирующего органа²;
- адрес местонахождения (юридический адрес)²;
- фактический адрес;
- почтовый адрес;
- бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица в п.10.15.3.);
- единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц в п.10.15.3.);
- резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

10.15.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- адрес местонахождения;
- адрес места регистрации;
- почтовый адрес;
- Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

10.15.3. Страхователи – физические лица предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

10.16. Страховщик вправе сократить вышеуказанный перечень.

Необходимость заполнения заявления на страхование, а также предоставления дополнительных документов, предусмотренных настоящими Правилами, определяется Страховщиком исходя из степени риска и размера заявленной страховой суммы.

При заключении договора страхования Страховщик имеет право получить от Страхователя документы и сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Страхователь обязан представить Страховщику документы, содержащие необходимые сведения.

По согласованию со Страховщиком Страхователь вправе предоставить как оригиналы либо надлежащим образом заверенные копии, так и простые бумажные либо электронные (сканированные) копии документов. В последнем случае Страховщик вправе затребовать (в том числе - для ознакомления)

¹ Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся выгодоприобретателями (лицами, ответственность которых застрахована, застрахованными лицами) по договору страхования.

² Данные из свидетельства о государственной регистрации российского юридического лица; для иностранных лиц – данные, содержащиеся в документах о государственной регистрации государства учреждения и/или в свидетельстве о постановке на налоговый учет в Российской Федерации.

оригиналы документов, представленных ему в виде простых бумажных либо электронных (сканированных) копий.

В случае утери Договора страхования (полиса) Страхователем Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора страхования считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления. При повторной утере Договора страхования (полиса) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления Договора страхования (полиса).

- 10.17. 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 Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации за исключением операций по перестрахованию. Информация, полученная Страхователем и/или Застрахованным лицом от Страховщика и помеченная последним как конфиденциальная, не может быть раскрыта третьим лицам без предварительного письменного согласия Страховщика.
- 10.18. Если Договор страхования переводится на иностранный язык, то в случае буквального толкования Договора страхования текст на русском языке имеет преимущественное значение. Все изменения условий Договора страхования производятся по соглашению сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме.
- 10.19. Вся корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны, не извещенная Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.
- 10.20. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора страхования. Согласие Страхователя подтверждается фактом оплаты им страховой премии по такому Договору страхования.

X¹ ОСОБЕННОСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА

- 10^{1.1} Для заключения Договора страхования в форме электронного документа Страхователь подает Страховщику заявление о своем намерении заключить Договор страхования с использованием сайта Страховщика www.allianz.ru в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сайт Страховщика, доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком), либо сайта страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и (или) мобильных приложений Страховщика, страхового агента, страхового брокера. Порядок использования мобильного приложения размещается на официальных сайтах Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- 10^{1.2} В заявлении помимо данных в соответствии с п. X настоящих Правил Страхователем указываются:
- адрес электронной почты;
 - номер мобильного телефона Страхователя – физического лица.
- 10^{1.3} В случае подачи заявления о заключении договора страхования через сайт и (или) мобильное приложение Страховщика, страхового агента, страхового брокера, такое заявление подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью в порядке п.17.4 настоящих Правил, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью. Подписанные указанным способом заявления признаются электронными документами, равнозначными документам на электронном носителе.
- 10^{1.4} Страхователь подписывает заявление исключительно от своего имени. Подписание заявления и заключение договора страхования (полиса) под именем другого лица не допускается. Заявление, подписанное простой электронной подписью, считается подписанным лицом, сведения о котором указаны в таком заявлении в части Страхователя, вне зависимости от того, на чье имя зарегистрирован номер мобильного телефона, на который был направлен код подтверждения простой электронной подписи либо адрес электронной почты, на который направлен Договор страхования.
- 10^{1.5} При подаче заявления Страхователь также представляет Страховщику документы (электронные документы или электронные (сканированные) копии документов с правом Страховщика запросить оригинал для ознакомления, подтверждающие сведения, сообщенные в заявлении, а также документы, необходимые для оценки риска Страховщиком, в соответствии с перечнем в п. X настоящих Правил. Страховщик рассматривает Заявление страхователя в срок до одного рабочего дня и при достаточности сведений для заключения Договора страхования направляет Страхователю на адрес электронной

почты, указанный Страхователем в заявлении либо при регистрации на сайте или мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера, сообщение с приложением Договора страхования, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика³, настоящих Правил и/или условий страхования (полисных условий, дополнительных условий страхования, выписки из Правил страхования), а также уникальный адрес страницы сайта Страховщика, на которой может быть осуществлена оплата страховой премии.

- 10^{1.6} Страхователь после ознакомления с условиями Договора страхования и настоящими Правилами и иными условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах, оплачивает страховую премию (страховой взнос), подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях. Оплата страховой премии по Договору страхования в виде электронного документа должна быть произведена непосредственно самим Страхователем.
- 10^{1.7} Оплачивая страховую премию Страхователь подтверждает достоверность сведений, указанных им в заявлении и отраженных в Договоре страхования в отношении себя и Застрахованных лиц, выгодоприобретателей, и принимает на себя всю ответственность за их точность, полноту и достоверность, а также подтверждает свое согласие заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 10^{1.8} Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате в рассрочку). При неуплате или неполной уплате Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку) в размере и сроки, установленные Договором страхования, такой договор не считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств и действие срока страхования не начинается. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

XI. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

- 11.1. Договор страхования прекращается в случае:
- 11.1.1. Истечения срока действия Договора страхования;
- 11.1.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;
- 11.1.3. Смерти Застрахованного лица – в отношении данного Застрахованного лица;
- 11.1.4. По требованию (по инициативе) Страховщика – в случаях предусмотренных законодательством РФ или Договором страхования;
- 11.1.5. Если иное не установлено Договором страхования, в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие со дня, указанного в Договоре страхования как дата оплаты очередного страхового взноса, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования. К письменному уведомлению приравнивается электронная (сканированная) версия уведомления, направленная на указанный в Договоре страхования адрес электронной почты Страхователя. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.
- 11.1.6. По требованию (по инициативе) Страхователя;
- 11.1.7. По соглашению сторон;
- 11.1.8. Смерти Страхователя – физического лица, если Страхователь является Застрахованным лицом.
- 11.2. Договор страхования может содержать и иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.
- 11.3. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в порядке, установленном настоящим пунктом.
- В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, и до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком Страхователю в полном объеме.

³ Страхователь имеет возможность проверить подлинность сертификата квалифицированной электронной подписи Страховщика на его сайте.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Возврат Страхователю страховой премии за не истекший период страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования в порядке, установленном настоящим пунктом, содержащего указание на выбранный Страхователем способ получения подлежащей возврату части страховой премии (наличными деньгами или в безналичном порядке, в случае выбора безналичного порядка Страхователем в заявлении указываются полные реквизиты для перечисления денежных средств).

11.4. Особый порядок досрочного прекращения Договора страхования, заключенного Страхователем, являющимся заемщиком по договору потребительского кредита (займа), в целях обеспечения исполнения обязательств Страхователя по договору потребительского кредита (займа).

В случае отказа Страхователя от Договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств Страхователя по договору потребительского кредита (займа), в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае полного досрочного исполнения Страхователем по договору добровольного страхования, заключенному в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), обязательств по такому договору потребительского кредита (займа) Страховщик на основании заявления Страхователя возвращает ему страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая.

Страховая премия в случаях, предусмотренных настоящим пунктом Правил, подлежит возврату Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств Страхователя по договору потребительского кредита (займа).

Страхователь вместе с заявлением об отказе от Договора страхования предоставляет Страховщику документ, подтверждающий досрочное исполнение обязательств по договору потребительского кредита (займа).

Предусмотренный настоящим пунктом Правил порядок досрочного прекращения Договоров страхования применяется к правоотношениям Сторон, возникшим из Договоров страхования, заключенных с 01.09.2020.

ХП. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

12.1. Страхователь имеет право:

- 12.1.1. получить оригинал Договора страхования и его дубликат в случае утраты;
- 12.1.2. получить Правила и/или Условия страхования, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен Договор страхования;
- 12.1.3. получать разъяснения по заключенному Договору страхования;
- 12.1.4. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
- 12.1.5. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением требований, предусмотренных в настоящих Правилах и законодательстве Российской Федерации;
- 12.1.6. вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;
- 12.1.7. досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика.
- 12.1.8. получить по запросу один раз по одному Договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

12.2. Страхователь обязан:

- 12.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;
- 12.2.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую и достоверную информацию о своей (и/или Застрахованного лица) жизни, деятельности и состоянии здоровья;
- 12.2.3. при коллективном страховании представить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием установленных для них размеров страховых сумм по отдельным выбранным для каждого Застрахованного лица страховым рискам;
- 12.2.4. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на степень риска, в том числе произошедших во время действия Договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и Договоре страхования, а также указанных в разделе XIII Правил);
- 12.2.5. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом XVI

- Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой;
- 12.2.6. возратить полученную страховую выплату или её часть, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;
- 12.2.7. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.
- 12.3. **Страховщик имеет право:**
- 12.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 12.3.2. потребовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения;
- 12.3.3. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем положений настоящих Правил, Договора страхования;
- 12.3.4. потребовать медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование, в объеме, определенном Страховщиком, и направить его для прохождения необходимого медицинского обследования в определенное лечебное учреждение (предстраховое обследование принимаемого на страхование лица при заключении договора страхования в электронной форме в порядке п.Х¹ настоящих Правил не осуществляется);
- 12.3.5. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев);
- 12.3.6. направить к Застрахованному лицу своего врача, которому должна быть предоставлена возможность свободного доступа к Застрахованному лицу, для всестороннего его обследования;
- 12.3.7. самостоятельно запрашивать в случае необходимости документацию из лечебных учреждений и компетентных органов, предусмотренную настоящими Правилами (в том числе для принятия решения о страховой выплате);
- 12.3.8. организовывать проведение повторного медицинского освидетельствования и независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
- 12.3.9. при проведении страховой экспертизы - осматривать Застрахованное лицо, задавать ему вопросы о состоянии здоровья, просить выполнить его какие-либо действия, помогающие определить степень утраты функций организма, а также знакомиться с медицинскими документами о состоянии здоровья Застрахованного лица, лично беседовать с его лечащим врачом и другим медицинским персоналом, совершать иные действия, необходимые для установления причин и обстоятельств страхового случая. Не признавать случай страховым и отказать в страховой выплате в случае, если:
- 12.3.10. а) после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в п.п. 2.4.1. - 2.4.3. Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора страхования.
- б) Страхователь, Застрахованное лицо либо Выгодоприобретатель предоставили ложные или недостоверные сведения, связанные с причиной наступления страхового случая;
- в) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.3.11. отсрочить страховую выплату:
- а) до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем, предусмотренных настоящими Правилами;
- б) до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, если в соответствии с действующим законодательством компетентными органами назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс,
- в) в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
- Решение об отсрочке принимается Страховщиком в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком документа, на основании которого такое решение принято. Уведомление направляется Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия Страховщиком решения об отсрочке.
- 12.3.12. в случае уменьшения степени страхового риска (раздел XIII Правил) после заключения Договора страхования - внести изменения в Договор страхования по согласованию со Страхователем; в случае увеличения степени страхового риска - потребовать у Страхователя изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, а если стороны не пришли к согласию - вправе потребовать расторжения Договора страхования;

- 12.3.13. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования.
- 12.4. **Страховщик обязан:**
- 12.4.1. ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования;
при заключении договора страхования, предоставить Страхователю, выгодоприобретателю, застрахованному лицу информацию в соответствии с действующей редакцией Базовых стандартов саморегулируемых организаций в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации, утвержденными в соответствии с Федеральным законом от 13 июля 2015 года № 223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансового рынка»;
- 12.4.2. выдать Страхователю Правила страхования и/или Условия страхования, разработанные на основании настоящих Правил, при заключении Договора страхования;
- 12.4.3. давать разъяснения по вопросам, касающимся Договора страхования;
- 12.4.4. соблюдать требование законодательства о защите персональных данных, защищать от распространения информацию о персональных данных Застрахованных лиц, переданную Страховщику, а также обрабатывать персональные данные только для целей заключенного Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, и нести ответственность за надлежащее обеспечение сохранности, конфиденциальности и безопасности при обработке персональных данных, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 12.4.5. в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе в связи с заключением и исполнением Договора страхования;
- 12.4.6. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, предусмотренный Правилами и Договором страхования;
по запросу Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором страхования и/или Правилами:
- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Застрахованный/Выгодоприобретатель обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
- о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.
- 12.4.7. по устному или письменному запросу Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя, в том числе полученному в электронной форме, в срок не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты;
- 12.4.8. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате. Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в том объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству Российской Федерации;
- 12.4.9. сообщить Страхователю/Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю или их законным представителям в письменной форме решение об отказе в страховой выплате с обоснованием причин и по письменному запросу Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по одному событию, предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в том объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- 12.4.10. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об упла-

- 12.4.11. ченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.); по требованиям Страхователя/ Выгодоприобретателя/Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и Договоре страхования. при заключении Договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста Договора страхования и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту Договора страхования, в том числе Правила (Полисные условия/Дополнительные условия/Программы страхования). В случае, если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

12.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

XIII. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.

13.1. Событиями, приводящими к существенному изменению степени страхового риска, являются:

- 13.1.1. смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения несчастных случаев и (или) способная привести к появлению профессиональных заболеваний;
- 13.1.2. начало занятий видами спорта и отдыха, включая авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта (парашют, дельтаплан, планер и др.), парусный спорт, альпинизм, скалолазание, боевые единоборства, подводное плавание (погружение на глубину более 25 метров), горные лыжи, сноубординг; сплав по бурным потокам, кейвинг, охоту с использованием любого вида оружия, состязание в скорости (за исключением бега), прыжки с помощью эластичного троса с высоты, а также другими т.п. опасными видами спорта или времяпровождения, объективно связанными с риском для жизни и повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней.
- 13.1.3. смена пола Застрахованного лица;
- 13.1.4. инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом;
- 13.1.5. установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай;
- 13.1.6. постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания;
- 13.1.7. лишение свободы по приговору суда;
- 13.1.8. другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая (включая изменение данных о Страхователе (Застрахованном лице), содержащихся в заявлении/анкете на страхование и Договоре страхования).

XIV. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

- 14.1. **Страховые выплаты** — выплаты, производимые при наступлении страхового случая или случаев, предусмотренных настоящими Правилами, в размере, указанном в Договоре страхования.
- 14.2. Размер страховой выплаты устанавливается исходя из установленных в Договоре страхования страховых сумм и, если это установлено Договором страхования, лимитов ответственности Страховщика по страховой выплате.
- 14.3. При наступлении страхового случая «**смерть**» (по рискам, указанным в п.п. 4.1. – 4.4. Правил) страховая выплата производится в размере 100% от страховой суммы;
- 14.4. При наступлении страхового случая «**постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)**» (по рискам, указанным в п.п. 4.5. – 4.7. Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов:
- а) в процентах от страховой суммы:
- при установлении I группы инвалидности – от 30% до 100%;
 - при установлении II группы инвалидности – от 20% до 100%,
 - при установлении III группы инвалидности – от 10% до 80%.
- Точный размер выплат устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования. Договор страхования по риску «Постоянная утрата трудоспособности /инвалидность» может предусматривать один из следующих вариантов осуществления страховой выплаты:
- выплата только по I группе инвалидности;
 - выплата только по I и II группам инвалидности;
 - выплаты по I, II и III группам инвалидности;
 - выплаты по I группе инвалидности в результате несчастного случая или болезни (естественных причин), по II и III группам инвалидности только в результате несчастного случая;
 - выплаты по I и II группам инвалидности в результате несчастного случая или болезни (естественных причин), по III группе инвалидности только в результате несчастного случая.
- Если Застрахованное лицо моложе 18 лет, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам к III группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид сроком на один год», ко II группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид на срок два года», а к I группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид до достижения возраста 18 лет».

- b) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение № 1 к Правилам).
 - c) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной полной утрате трудоспособности» (Приложение №2 к Правилам).
 - d) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности» (Приложение №5 к Правилам).
 - e) в соответствии с «Таблицей выплат «Континентальная»» (Приложение №3 к Правилам).
 - f) от 10% до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску) на основании заключения квалифицированного врача в соответствии с «Критериями установления страхового случая» (Приложение №4 к Правилам). Точный размер страховой выплаты устанавливается в момент заключения Договора страхования по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования. Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.4.a) -f) Правил).
- 14.5. Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.4.a) -e) Правил).
- 14.5. при наступлении страхового случая «**постоянная утрата профессиональной трудоспособности**» (по рискам, указанным в п.п. 4.8. - 4.10. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- a) в размере определенного процента от страховой суммы по данному риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке;
 - b) в размере от 10 до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску). Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования. Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная утрата профессиональной трудоспособности» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.5.a) -b) Правил).
- 14.6. при наступлении страхового случая «**временная утрата трудоспособности**» или «**травма**» (по рискам, предусмотренным в п.п. 4.11 – 4.13. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов (пп. а) – к), м, о) - r)) для рисков «травма», пп. l), n) – p), г) для рисков «временная утрата трудоспособности»):
- a) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №1)» (Приложение №6 к Правилам);
 - b) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №2)» (Приложение №7 к Правилам);
 - c) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при переломах и ожогах» (Приложение №9 к Правилам);
 - d) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая» (Приложение №10 к Правилам);
 - e) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Базовая»» (Приложение №11 к Правилам);
 - f) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Корпоративная»» (Приложение №12 к Правилам);
 - g) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Универсальная»» (Приложение №13 к Правилам);
 - h) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Европейская»» (Приложение №14 к Правилам);
 - i) в соответствии с таблицей «Переломы» (Приложение №15 к Правилам);
 - j) в соответствии с таблицей «Ожоги» (Приложение №16 к Правилам);
 - k) в соответствии с таблицей «Травмы мягких тканей» (Приложение №17 к Правилам);
 - l) в соответствии с таблицей «Заболевания» (Приложение №18 к Правилам);
 - m) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Унифицированная»» (Приложение №19 к Правилам);
 - n) в размере от 0,01% до 2% от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с первого или другого, указанного в Договоре страхования, дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате трудоспособности за один страховой случай и/или за год, а также максимальный % выплат от страховой суммы за весь период страхования;
- Если продолжительность временной нетрудоспособности превышает ориентировочный срок временной нетрудоспособности, определенный согласно документу "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)", утвержденному в 21.08.00 г. Фондом социального страхования Российской Федерации и Мини-

- стерством здравоохранения Российской Федерации в действующей его редакции на момент наступления нетрудоспособности, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате за время лечения, превышающее более чем на 20% ориентировочный срок временной нетрудоспособности.
- o) в размере от 10% до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску). Конкретный размер выплаты определяется условиями Договора страхования;
 - p) в размере от 5 до 100% от страховой суммы (либо лимита, установленного по данному риску), отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким» (Приложение №20 к Правилам).
 - q) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №3)» (Приложение №8 к Правилам);
 - r) в размере от 5 до 100% от страховой суммы (либо лимита, установленного по данному риску), отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем телесных повреждений» (Приложение №32 к Правилам);
- Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по рискам «травма в результате несчастного случая» и «временная утрата трудоспособности» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.6.а) -р) Правил). Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в приложениях № 1-3, 5-20 и 32 Правил.
- 14.7. при наступлении страхового случая **«госпитализация»** (по рискам, указанным в п.п. 4.14. – 4.16. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- a) в размере от 0,01% до 2% от страховой суммы (либо лимита, установленного по данному риску), за каждый день пребывания в стационаре, начиная с 1-го или другого, указанного в Договоре страхования, дня госпитализации. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней выплаты по госпитализации за один страховой случай и/или за год, либо максимальный % выплат от страховой суммы за один страховой случай и/или за весь период страхования.
 - b) в размере от 10 до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску) по факту госпитализации. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
- В условиях Договора страхования может быть дополнительно установлен удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.7.а) -b) Правил).
- 14.8. при наступлении страхового случая **«хирургическая операция»** (по рискам, указанным в п.п. 4.17. – 4.19. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- a) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №1» (Приложение №21 к Правилам);
 - b) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №2» (Приложение №22 к Правилам);
 - c) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №3» (Приложение №23 к Правилам);
 - d) в соответствии с «Перечнем хирургических операций (полным)» (Приложение №24 к Правилам);
 - e) в соответствии с «Перечнем хирургических операций (сокращенным)» (Приложение №25 к Правилам);
 - f) в размере от 10 до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску) по факту хирургической операции. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
- Независимо от выбранного из п.п. 14.8.а) -f) Правил варианта выплат по риску «хирургическая операция», Договором страхования может быть предусмотрена страховая выплата только по операциям, размер страховой выплаты для которых равен или превышает 50% от страховой суммы по данному риску. Также Таблица выплат может быть сокращена по соглашению со Страхователем.
- Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «хирургическая операция» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.8.а) -f) Правил).
- 14.9. при наступлении страхового случая **«диагностирование критического заболевания или проведение сложного оперативного вмешательства»** (по риску, указанному в п. 4.20. Правил) страховая выплата производится одновременно в размере от 10% до 100 % от страховой суммы (либо лимита по данному риску). Конкретный процент выплаты за то или иное заболевание определяется Договором страхования.
- Договор страхования может предусматривать один из следующих вариантов осуществления страховой выплаты по данному риску:

- a) при наступлении смерти Застрахованного лица размер страховой выплаты уменьшается на сумму выплат, произведенных по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции», если причиной смерти послужило заболевание, в связи с которым производилась страховая выплата по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции»..
- b) при наступлении смерти Застрахованного лица страховая выплата производится независимо от произведенных выплат по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции», но только в том случае, если Застрахованное лицо прожило минимум 1 (Один) месяц после диагностирования критического заболевания, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- c) договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в приложениях № 26 и 27 Правил.
- 14.10. При наступлении страхового случая «инфицирование» (по рискам, указанным п.п. 4.21, 4.22 Правил) страховая выплата производится в размере от 10 до 100% от страховой суммы (либо лимита по данному риску). Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
- 14.11. Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты по тому или иному страховому событию, указывается в Договоре страхования. Кроме того, Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок определения размера страховых выплат по соглашению между Страхователем и Страховщиком.
- 14.12. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловила последовательности событий, указанных в п.п. 4.1. - 4.20. Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому риску из этой последовательности уменьшается на сумму страховой выплаты, произведенной ранее Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью, если иной порядок осуществления страховой выплаты не предусмотрен Договором страхования.
- 14.13. В случае наступления события, согласно п.п. 4.1-4.4 Правил, имеющего признаки страхового случая, Страховщик вправе из страховой выплаты по заявленному событию, признанному страховым случаем, вычесть неоплаченную часть общей страховой премии в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай, а по договорам страхования, заключенным на срок более 1 (одного) года, в размере, установленном в договоре страхования за текущий год страхования для данного Застрахованного лица.
- XV. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- 15.1. Страхователь обязан известить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 31 (Тридцати одного) календарного дня со дня такого события, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события, может быть исполнена самим Застрахованным лицом по Договору страхования или Выгодоприобретателем.
- После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (выгодоприобретателя, застрахованного) он должен быть проинформирован (путем предоставления памятки или иным способом):
- 1) обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами необходимых действиях, которые он должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;
- 2) о предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами в форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение его прав на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.
- 15.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) с указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, номера Договора страхования, с подробным описанием обстоятельств страхового случая, даты произошедшего события и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или безналичным перечислением с указанием полных банковских реквизитов), а также документов, указанных в разделе XVI Правил, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового случая.
- Договором страхования может быть предусмотрено направление заявления на выплату страхового возмещения в электронной форме:
- в виде сканированного образа собственноручно подписанного Выгодоприобретателем документа (направляется через сайт Страховщика либо на электронный адрес Страховщика, указанный в Договоре страхования); либо
 - в виде электронного документа, подписанного простой электронной подписью Страхователя (направляется через личный кабинет Страхователя на сайте Страховщика; либо
 - иным образом, предусмотренным Договором страхования.
- 15.3. В отношении рисков, предусмотренных п.п. 4.21.b) и 4.22.b) Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязаны сообщить Страховщику обо всех происшествиях, способных повлечь наступление страхового события. Такое сообщение должно быть сделано любым

способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, не позже, чем через 30 дней с момента указанного происшествия. Вместе с таким сообщением Страховщику должны быть представлены результаты анализа крови Застрахованного лица на наличие антител к ВИЧ или вирусному гепатиту (В или С), сделанного непосредственно после происшествия.

- 15.4. Если ни Страхователь, ни Застрахованное лицо, ни Выгодоприобретатель не имели возможности известить Страховщика о наступлении страхового события в пределах указанного в п. 15.1. Правил срока и предоставили доказательства того, что возможность своевременного извещения отсутствовала, Страховщик обязуется принять к рассмотрению претензию на страховую выплату.
- 15.5. При проведении страховой экспертизы Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан представлять всю имеющуюся у него информацию о состоянии здоровья, самочувствии Застрахованного лица, а также об обстоятельствах наступления страхового случая.
- 15.6. Если Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) отказалось представить необходимую для проведения страховой экспертизы информацию, сокрыло какие-то существенные данные, предусмотренные Правилами страхования, в результате чего Страховщик вынес необоснованное решение о страховой выплате, Страховщик вправе требовать возмещения своих расходов за счет Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).
- 15.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения заявления о выплате и всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и (или) Договором страхования (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящим Правилами и (или) Договором страхования):
- в случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт;
 - в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в сроки, установленные настоящим пунктом Правил, с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;
 - если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принять решение об отсрочке страховой выплаты до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно известить Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя).
- Срок рассмотрения документов исчисляется со дня следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех предусмотренных Правилами и Договором страхования документов.
- Страховая выплата производится в течение 5 (пять) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового Акта. Уведомление об отказе в выплате направляется в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия Страховщиком решения об отказе в признании заявленного события страховым случаем.
- Страховая выплата производится в рублях или в рублевом эквиваленте (если страховая сумма указана в иностранной валюте) по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования
- 15.8. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, подтверждающей полномочия на подписание заявления на получения страховой выплаты и получение страховой выплаты, оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 15.9. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на ее получение переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 15.10. Лица, виновные в смерти Застрахованного лица или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного лица, исключаются из списка получателей страховой выплаты.
- 15.11. При объявлении судом Застрахованного лица умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования. Признание Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим не является страховым случаем.
- 15.12. Если в какой-либо момент после выплаты по смерти выясняется, что Застрахованное лицо живо, все страховые выплаты должны быть полностью возвращены Страховщику лицом, получившим эти выплаты в течение 10 рабочих дней после того, как получателю выплаты стало об этом известно.

- Если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель является несовершеннолетним, то от его имени заявление подается его законным представителем.
- 15.13. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик информирует в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.
- 15.14. В случае выявления факта предоставления Страхователем /Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или договора страхования, Страховщик обязан:
- принять их, при этом, срок, указанный в п. 15.7. Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - в срок не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.
- XVI. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ.**
- 16.1. Для решения вопроса о страховой выплате в случае **временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая или болезни, а также травмы в результате несчастного случая Застрахованного лица** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.1.1. Заявление на страховую выплату;
- 16.1.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документа, подтверждающего оплату страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.1.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.1.4. Банковские реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.1.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.1.6. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.1.7. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.1.8. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.1.9. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.1.10. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.1.11. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.1.12. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.1.13. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.1.14. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.1.15. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.1.16. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.1.17. Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с

- указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;
- 16.1.18. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (документ, выданного ГИБДД и подтверждающий наступление ДТП, Протокол и Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если такие документы оформлялись), Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП) (если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия);
- 16.1.19. водительское удостоверение (в случае наступления страхового события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.1.20. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.1.21. Заключение независимой экспертизы.
- 16.2. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **госпитализацией (нахождения в реанимации) в результате несчастного случая или болезни** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.2.1. Заявление на страховую выплату;
- 16.2.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документа об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.2.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.2.4. Банковские реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.2.5. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.2.6. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.2.7. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.2.8. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.2.9. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.2.10. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.2.11. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.2.12. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.2.13. Заключение независимой экспертизы.
- 16.3. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **хирургическими операциями в результате несчастного случая или болезни** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.3.1. Заявление на страховую выплату;
- 16.3.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документ об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.3.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.3.4. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.3.5. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;

- 16.3.6. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.3.7. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.3.8. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.3.9. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.3.10. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.3.11. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.3.12. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.3.13. Данные из страховых компаний по ОМС: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.3.14. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.3.15. Заключение независимой экспертизы.
- 16.4. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **диагностированием критического заболевания и/или проведения сложного хирургического вмешательства** Застрахованному лицу Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.4.1. Заявление на страховую выплату и Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документ об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.4.2. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.4.3. Банковские реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.4.4. Копия Трудовой книжки;
- 16.4.5. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.4.6. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.4.7. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.4.8. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.4.9. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.4.10. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.4.11. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в

- которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.4.12. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.4.13. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.4.14. Заключение независимой медицинской экспертизы.
- 16.5. Для решения вопроса о страховой выплате в случае **постоянной утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, болезни или профессионального заболевания** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.5.1. Заявление на страховую выплату;
- 16.5.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документ об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.5.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.5.4. Копия Трудовой книжки;
- 16.5.5. Банковские реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.5.6. Справка установленного образца об установлении степени утраты трудоспособности;
- 16.5.7. Документы, подтверждающие установление степени утраты профессиональной трудоспособности, выданные Бюро медико-социальной экспертизы;
- 16.5.8. Листки нетрудоспособности из лечебных учреждений, где проводилось лечение;
- 16.5.9. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.5.10. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.5.11. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (документ, выданного ГИБДД и подтверждающий наступление ДТП, Протокол и Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если такие документы оформлялись), Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП) (если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия);
- 16.5.12. водительское удостоверение (в случае наступления страхового события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.5.13. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.5.14. Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;
- 16.5.15. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.5.16. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.5.17. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.5.18. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.5.19. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.5.20. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.5.21. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений,

- в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.5.22. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.5.23. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.24. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.25. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.26. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении.
- 16.6. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **инфицированием Застрахованного лица ВИЧ, вирусным гепатитом (В и С)** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.6.1. Заявление на страховую выплату ;
- 16.6.2. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.6.3. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документ об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.6.4. Банковские реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.6.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.6.6. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.6.7. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.6.8. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.6.9. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.6.10. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.6.11. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.6.12. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.6.13. Медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- 16.6.14. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.6.15. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет.
- 16.7. Для решения вопроса о страховой выплате в случае установления **инвалидности в результате несчастного случая или болезни / постоянной (полной или частичной) утраты трудоспособности в результате несчастного случая или болезни** Застрахованному лицу Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.7.1. Заявление на страховую выплату;

- 16.7.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документа об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.7.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты, Застрахованного и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.7.4. Банковские реквизиты Получателя страховой выплаты;
- 16.7.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.7.6. Справка установленного образца об установлении группы инвалидности (в случае повторного установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.7. Акт медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Акты, выданные при предшествующих освидетельствованиях);
- 16.7.8. Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (в случае повторного установления инвалидности –Направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.9. Протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.10. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.7.11. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.7.12. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.7.13. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.7.14. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.7.15. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.7.16. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.7.17. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.7.18. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.7.19. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.7.20. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.7.21. Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент первичного поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;
- 16.7.22. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (документ, выданного ГИБДД и подтверждающий наступление ДТП, Протокол и Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если такие документы оформлялись), Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП) (если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия);
- 16.7.23. водительское удостоверение (в случае наступления события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);

- 16.7.24. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.7.25. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.26. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.27. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.28. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.29. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом;
- 16.7.30. Заключение независимой медицинской экспертизы.
- 16.8. Для решения вопроса о страховой выплате в случае наступления **смерти Застрахованного лица** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.8.1. Заявление на страховую выплату;
- 16.8.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и документа об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.8.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя страховой выплаты (Выгодоприобретателя) и их представителей (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (в случае когда Получателем страховой выплаты является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.8.4. Банковские реквизиты получателя (Выгодоприобретателя) страховой выплаты;
- 16.8.5. Свидетельство о праве на наследство по закону (если договором страхования не определен Выгодоприобретатель);
- 16.8.6. Копия Трудовой книжки;
- 16.8.7. Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
- 16.8.8. Медицинское свидетельство о смерти;
- 16.8.9. Справка о смерти;
- 16.8.10. Посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);
- 16.8.11. Протокол патологоанатомического исследования или Акты судебно-медицинского исследования и судебно-химического исследования (если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось);
- 16.8.12. Постановление органов внутренних дел/выписка из протокола органов внутренних дел (в случае наступления смерти вне медицинского учреждения);
- 16.8.13. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.8.14. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.8.15. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.8.16. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- 16.8.17. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события);
- 16.8.18. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.8.19. Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент первичного поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;
- 16.8.20. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (документ, выданного ГИБДД и подтверждающий наступление ДТП, Протокол и Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если такие документы оформлялись), Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП) (если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия);

- 16.8.21. водительское удостоверение (в случае наступления события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.8.22. Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.8.23. Данные из страховых компаний по обязательному медицинскому страхованию: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.8.24. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.25. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.26. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.27. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.28. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом;
- 16.8.29. Документы, подтверждающие факт и причину(-ы) установления инвалидности (Справка(-и) установленного образца об установлении группы инвалидности, Акт(-ы) медико-социальной экспертизы, Направление(-я) на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, Протокол(-ы) проведения медико-социальной экспертизы) в случае установления группы инвалидности (по каждому освидетельствованию, начиная с первичного освидетельствования);
- 16.8.30. Решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного умершим.
- 16.9. Страховщик оставляет за собой право сократить данный перечень документов для осуществления страховой выплаты, если по его мнению на основании представленных документов обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая могут считаться подтвержденными.
- 16.10. В случае необходимости Страховщик вправе самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов, и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз.
Дата и время проведения обследования Застрахованного лица согласовываются с данным лицом, одним из следующих способов:
- посредством заключения письменного соглашения о дате и времени проведения обследования; Такое соглашение может быть включено в текст заявления о событии, обладающего признаками страхового случая;
- посредством направления Страховщиком в адрес Застрахованного, в порядке, предусмотренном пунктом 1.7. настоящих Правил, сообщения с указанием даты и времени проведения обследования — не менее двух вариантов времени на выбор;
- посредством телефонных переговоров, а также иным способом, позволяющим зафиксировать согласование даты и времени проведения обследования.
При этом, если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.
В случае непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в объеме и сроках, согласованных со Страховщиком, Застрахованный обращается к Страховщику для согласования повторной даты прохождения обследования.
В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования, заявление о наступлении страхового случая Страховщиком не рассматривается, о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с согласованной даты повторного обследования, а документы, приложенные к заявлению о наступлении страхового случая, возвращаются, если иное не предусмотрено Договором страхования и соглашением сторон.
- 16.11. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. Документы для решения вопроса о страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов либо надлежащим образом заверенных копий (копий, заверенных печатью выдавшего учреждения, подписью уполномоченного лица). Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки.

Если это прямо предусмотрено Договором страхования, Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании заявления на страховую выплату и документов в форме сканированных копий или фотографий, которые были направлены в адрес Страховщика электронными средствами связи, в том числе по адресу электронной почты Страховщика, указанному в Договоре страхования. По результатам рассмотрения копий документов, направленных электронными средствами связи, Страховщик вправе затребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

Документы, составленные на иностранном языке должны быть предоставлены Страховщику с нотариально заверенным переводом на русский язык. При этом Страховщик не возмещает расходы на перевод.

Порядок и форма предоставления документов могут дополнительно регулироваться договором страхования

Страховщик вправе отложить принятие решение о признании либо не признании события страховым случаем при предоставлении ему документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.). В указанном случае Страховщик вправе отложить решение о выплате до момента предоставления ему надлежащим образом оформленных документов

XVII ПОРЯДОК ОБМЕНА ЭЛЕКТРОННЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ, ИЗМЕНЕНИИ И ПРЕКРАЩЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

- 17.1. Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (заявления о заключении договора страхования, изменении договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявление об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения, изменения договора страхования, для получения страховой выплаты или досрочного расторжения договора страхования осуществляются с использованием официального сайта и (или) мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера.
- 17.2. Информация, направляемая Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховщику в электронной форме, подписывается Страхователем (Выгодоприобретателем) – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью в порядке, предусмотренном п.Х¹.
- 17.3. Официальный сайт, мобильное приложение Страховщика могут использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.
- 17.4. При регистрации Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на сайте и (или) мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера, Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) выдаются идентификационные данные (логин и пароль), которые предоставляют доступ к личному кабинету Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на сайте и (или) мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) при регистрации указывает номер телефона, на который поступит СМС сообщение (SMS – Short Message Service) с идентификационными данными и кодом подтверждения регистрации. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан сохранять конфиденциальность указанного кода и не допускать доведения его до сведения других лиц. Страховщик не несет ответственности за последствия, связанные с разглашением Страхователем (Выгодоприобретателем) Кода.
- 17.5. После подтверждения регистрации все документы, подписанные Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) – физическим лицом с использованием указанных логина и пароля, признаются электронным документом, подписанным простой электронной подписью, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.
- 17.6. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику, считается полученной Страховщиком в случае отправки/поступления соответствующего подтверждения на адрес электронной почты или номер телефона Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), указанный при регистрации на сайте и (или) мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера.
- 17.7. В течение действия договора страхования Страхователь, являющийся физическим лицом, может направить Страховщику заявление в форме электронного документа на внесение изменений в договор страхования, в том числе о досрочном прекращении договора страхования, подписанные простой электронной подписью. Внесение изменений в договор страхования, заключенный в форме электронного документа, может быть оформлено дополнительным соглашением сторон в письменной форме, либо путем выдачи Страховщиком переоформленного (нового) договора страхования с учетом внесенных в него изменений, подписанного усиленной квалифицированной подписью Страховщика.

XVIII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

Все споры по Договору страхования между Сторонами разрешаются в порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

- Приложение 1: Таблица выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности;
- Приложение 2: Таблица выплат при постоянной полной утрате трудоспособности;
- Приложение 3: Таблица выплат «Континентальная»;
- Приложение 4: Критерии установления страхового случая;
- Приложение 5: Таблица выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности;
- Приложение 6: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №1);
- Приложение 7: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №2);
- Приложение 8: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате несчастного случая (вариант №3);
- Приложение 9: Таблица выплат при переломах и ожогах;
- Приложение 10: Таблицы страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- Приложение 11: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате НС «Базовая»;
- Приложение 12: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате НС «Корпоративная»;
- Приложение 13: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате НС «Универсальная»;
- Приложение 14: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате НС «Европейская»;
- Приложение 15: Таблица «Переломы»;
- Приложение 16: Таблица «Ожоги»;
- Приложение 17: Таблица «Травмы мягких тканей»;
- Приложение 18: Таблица «Заболевания»;
- Приложение 19: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности или травме в результате НС «Унифицированная»;
- Приложение 20: Перечень увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким;
- Приложение 21: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №1;
- Приложение 22: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №2;
- Приложение 23: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №3;
- Приложение 24: Перечень хирургических операций (полный);
- Приложение 25: Перечень хирургических операций (сокращенный);
- Приложение 26: Перечень критических заболеваний и сложных оперативных вмешательств №1;
- Приложение 27: Перечень критических заболеваний и сложных оперативных вмешательств №2;
- Приложение 28: Образец заявления на страхование;
- Приложение 29: Образец договора страхования;
- Приложение 30: Образец полиса;
- Приложение 31: Перечень телесных повреждений.