

Правила

добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Содержание

1. Общие положения. Субъекты страхования	1
2. Объект страхования	4
3. Страховые риски. Страховые случаи	4
4. Исключения из страхового покрытия	5
5. Основания для освобождения страховщика от страховой выплаты	6
6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (взносы)	6
7. Договор страхования.	
Порядок заключения договора страхования	7
8. Срок страхования.	
Порядок исполнения и прекращения договора страхования	9
9. Права и обязанности сторон	10
10. Действия сторон при наступлении события с признаками страхового случая	11
11. Порядок определения размера страховых выплат	14
12. Форс мажор	15
13. Порядок разрешения споров	15

1. Общие положения. Субъекты страхования

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней № 1.1 (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых акционерное общество «Группа Ренессанс Страхование» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней, финансовых рисков. Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования по виду страхования:

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

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

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

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

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

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

Страхователь – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования. При

этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства. По Договору страхования могут быть застрахованы имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью, со смертью в результате несчастного случая или болезни Страхователя, имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов у Страхователя – физического лица или других указанных Страхователем в Договоре физических лиц, именуемых в дальнейшем Застрахованными.

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

Застрахованное лицо (Застрахованный) – физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен Договор страхования. Лица, являющиеся на момент заключения Договора страхования инвалидами I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность; находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и (или) здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями); проходящие службу в вооруженных силах; находящиеся в местах лишения свободы; имеющие на дату заключения Договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия; сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, – могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем абзаце, а Страхователь (Застрахованный) письменно не уведомил об этом Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и которому принадлежит право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования. В случае смерти лица, застрахованного по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного

лица. При отсутствии такого согласия Договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица – по иску его наследников. Замена Выгодоприобретателя по Договору допускается лишь с согласия Застрахованного. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом, после того как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

Болезнь (заболевание) – нарушение состояния здоровья Застрахованного в результате действия патогенных факторов, не вызванное несчастным случаем, носящее вероятностный и случайный характер, независимо от воли Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, а также явившееся следствием осложнившегося после врачебных манипуляций, при котором имеются объективные проявления, позволяющие установить диагноз, наступившее в период действия Договора страхования.

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

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

В рамках настоящих Правил страхования к последствиям несчастного случая относятся: травмы, переломы, ушибы, ранения, разрывы, ожоги, отморожение, поражение электротоком, попадание в дыхательные пути инородного тела, отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм), за исключением пищевой токсикоинфекции, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Смерть – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

Инвалидность – нарушение здоровья Застрахованного со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид». Группа инвалидности устанавливается МСЭ в соответствии с законодательством Российской Федерации по событию, произошедшему в период действия Договора страхования.

Телесное повреждение (травма) – внезапное нарушение физической целостности организма, наступившее в период действия Договора страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень телесных повреждений, последствия которых могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в Договоре страхования в соответствии с прилагаемыми к нему таблицами страховых выплат при телесных повреждениях.

Тяжкое телесное повреждение – повреждение, опасное для жизни в момент его причинения, повлекшее потерю органа либо утрату его функций, наступившее в период действия Договора страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень тяжких телесных повреждений, последствия которых могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в Договоре страхования в соответствии с прилагаемыми к нему таблицами страховых выплат при тяжких телесных повреждениях.

Временная утрата общей трудоспособности – нетрудоспособность, наступившая в период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования, сопровождающаяся невозможностью исполнять трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения непрерывного лечения последствий несчастного случая или болезни.

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

Под непрерывным периодом времени (непрерывное лечение) понимается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру

повреждения, полученного Застрахованным, с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем его эффективности (при назначении на прием или посещении медицинским работником). Период восстановительного (реабилитационного) лечения, санаторно-курортное лечение не учитываются как непрерывное лечение.

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

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

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

Утрата профессиональной трудоспособности – невозможность выполнять Застрахованным профессиональную деятельность, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта, вследствие устойчивого нарушения функций организма, носящего необратимый характер.

Критические заболевания – болезни (заболевания), возникшие вследствие сочетания внешнего фактора, носящего вероятностный и случайный характер (вирусы, бактерии, физические и психические факторы, природное или техногенное воздействие, др.), и ослабления защитных свойств организма по объективным, не зависящим от волеизъявления Застрахованного причинам, характеризующиеся нарушением функций многих органов и систем организма человека и повлекшие потерю трудоспособности, обозначенные в перечне критических заболеваний (Приложение № 17 к настоящим Правилам), диагностированные и установленные у Застрахованного в течение срока действия Договора страхования. Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одномоментное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в перечне критических заболеваний в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием.

Предсуществующее состояние (заболевание) – любое заболевание или состояние (симптом), которое было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного в течение 10 лет до заключения Договора страхования, являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования.

Если заболевание или состояние (симптом), являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования, было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного более чем за 10 лет до заключения Договора страхования и в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования не проявлялось (не проявлялись симптомы или не требовалось лечение), такое заболевание (состояние, симптом) не является предсуществующим состоянием (заболеванием), если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

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

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

Страховая выплата – денежная сумма, установленная Договором страхования, выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая лицу, в пользу которого заключен Договор страхования.

Мессенджер – сервис обмена мгновенными сообщениями через сеть Интернет.

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

Срок страхования – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты). Действие страховой защиты распространяется только на несчастные случаи или болезни, впервые произошедшие или диагностированные у Застрахованного в течение срока страхования.

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

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

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

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

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы) – под обстоятельствами непреодолимой силы Стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованный) не могут предвидеть и (или) предотвратить своими силами.

Территория страхования – территория, на которую распространяется действие Договора страхования. В соответствии с настоящими Правилами территорией страхования является весь мир, за исключением зон военных действий и конфликтов, зон, где объявлено чрезвычайное положение, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.5. При заключении Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя и Страховщика, если в Договоре прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила изложены в одном документе с Договором страхования, на его оборотной стороне или приложены к Договору страхования, о чем в Договоре страхования сделана соответствующая запись.

1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению Сторон при заключении Договора страхования или в период действия Договора до момента наступления страхового случая, при условии что такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

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

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

(страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

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

1.10. Предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования выплаты Страховщик производит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Выгодоприобретателю), независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым договорам и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся Застрахованному в порядке возмещения вреда по законодательству Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или Договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, Застрахованного

лица, Выгодоприобретателя, то уведомление осуществляется по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения, при отсутствии электронного адреса – простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре страхования.

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.

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

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

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:

- с причинением вреда его здоровью, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни;
- с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их;
- с риском возникновения непредвиденных расходов у Застрахованного лица.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

3.2. Договор страхования может быть заключен на случай наступления любого из нижеуказанных событий, включая страхование только одного риска или их совокупности (за исключением страховых рисков «Телесные повреждения» и «Временная нетрудоспособность», которые не могут быть одновременно указаны в одном Договоре страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования):

3.2.1. «Смерть в результате несчастного случая» – смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

3.2.2. «Смерть в результате несчастного случая или болезни» – смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, либо болезни.

3.2.3. «Инвалидность в результате несчастного случая» – установление Застрахованному инвалидности I, II или III группы (или категории «ребенок-инвалид»), наступившей в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.

3.2.4. «Инвалидность в результате несчастного случая или болезни» – установление Застрахованному инвалидности I, II или III группы (или категории «ребенок-инвалид»), наступившей в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования.

3.2.5. «Телесные повреждения в результате несчастного случая» – телесное повреждение, полученное Застрахованным в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренное Таблицей страховых выплат (приложения № 6–13 к настоящим Правилам).

3.2.6. «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая» – телесное повреждение, полученное Застрахованным в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренное Таблицей страховых выплат (приложения № 14–15 к Правилам).

3.2.7. «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая» – временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

3.2.8. «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» – временная утрата общей трудоспособности, наступившая в период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования. По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный срок страхования по событиям, произошедшим в результате болезни.

3.2.9. «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» – утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.

3.2.10. «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» – утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования.

3.2.11. «Диагностирование укуса клеща» – диагностированные у Застрахованного в период действия Договора страхования укусы/присасывание клеща, подтвержденные медицинским заключением.

3.2.12. «Диагностирование опасного инфекционного заболевания» – диагностирование у Застрахованного в период действия Договора страхования инфекционного заболевания, подтвержденного медицинским заключением согласно Таблице страховых выплат при диагностировании опасных инфекционных заболеваний (Приложение № 16 к настоящим Правилам).

3.2.13. «Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности» – заражение вирусным гепатитом (В, С), сифилисом, туберкулезом (впервые диагностированный), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) при выполнении донорской функции или переливании крови в специализированных медицинских учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности, либо в результате травматического повреждения, полученного Застрахованным при контакте с кровью, спинномозговой жидкостью, другими биологическими жидкостями и субстратами в процессе выполнения стандартных профессиональных (или медицинских) обязанностей, произошедшее в период действия Договора страхования.

3.2.14. «Госпитализация в результате несчастного случая» – госпитализация Застрахованного, начавшаяся в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, наступившего в период действия Договора страхования.

3.2.15. «Госпитализация в результате несчастного случая или болезни» – госпитализация Застрахованного, начавшаяся в период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, наступивших в период действия Договора страхования. По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный Срок страхования по событиям, произошедшим в результате болезни.

3.2.16. «Критическое заболевание» – впервые диагностированное у Застрахованного в период действия Договора страхования критическое заболевание, предусмотренное Перечнем критических заболеваний и предсуществующих состояний (заболеваний) (Приложение № 17 к настоящим Правилам). По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный срок страхования.

3.2.17. «Непредвиденные расходы Застрахованного лица» – расходы, определенные Договором страхования, которые Застрахованное лицо понесло или может понести в течение срока действия Договора страхования в целях предотвращения внезапных и непредвиденных событий, которые могут нанести вред здоровью Застрахованного лица, причинить ущерб его имуществу или иным охраняемым законом правам и интересам. Такими расходами могут быть:

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

3.2.18. «Медицинская помощь» – обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или)

иных услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также возникновение непредвиденных расходов на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания.

3.3. Страховым случаем является свершившееся событие, произошедшее в течение срока страхования и подтвержденное документами, выданными компетентными органами в установленном порядке, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Выгодоприобретателю страховую выплату (страховые выплаты).

3.4. По настоящим Правилам страховыми случаями, с учетом всех положений, определенных настоящих Правил и исключений, предусмотренных разделом 4 «Исключения из страхового покрытия», а также разделом 5 «Основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты» настоящих Правил, признаются события, предусмотренные п. 3.2 настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая и (или) болезни.

3.5. Страхователь имеет право заключать Договор страхования на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п. 3.2.

3.6. Смерть и инвалидность Застрахованного, предусмотренные пп. 3.2.1 («Смерть в результате несчастного случая») и 3.2.3 («Инвалидность в результате несчастного случая») настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, также признаются страховыми случаями, если они произошли в течение 1 (одного) года со дня наступления несчастного случая.

3.7. Смерть и инвалидность Застрахованного, предусмотренные пп. 3.2.2 («Смерть в результате несчастного случая или болезни») и 3.2.4 («Инвалидность в результате несчастного случая или болезни») настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признаются страховыми случаями, если они произошли в течение 1 (одного) года со дня наступления несчастного случая или диагностирования болезни.

3.8. Временная нетрудоспособность Застрахованного, предусмотренная пп. 3.2.7 («Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая») и 3.2.8 («Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни») настоящих Правил, явившаяся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признается страховым случаем, если она наступила в течение 4 (четырёх) месяцев со дня причинения вреда здоровью Застрахованного этими несчастным случаем или болезнью.

3.9. При объявлении судом Застрахованного умершим событие признается страховым случаем при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования.

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

4. Исключения из страхового покрытия

4.1. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица, связанные со следующими обстоятельствами (если иное не предусмотрено Договором страхования):

4.1.1. Совершение или попытка совершения Застрахованным преступления и (или) участие Застрахованного в незаконной деятельности, любых противоправных действиях, находящихся в прямой причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая.

4.1.2. Направление Застрахованного лица в места лишения свободы, его нахождение в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

4.1.3. Нахождение Застрахованного лица в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая, при обращении за медицинской помощью или при освидетельствовании уполномоченными органами по факту данного события в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, которое непосредственно состоит в причинно-следственной связи с наступлением заявленного события.

4.1.4. Самолечение Застрахованного лица, в том числе с использованием методов нетрадиционной медицины, вызвавшее ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса.

4.1.5. Диагностика и лечение, осуществляемые родственниками или членами семьи Застрахованного лица.

4.1.6. Занятия Застрахованным лицом массовым, профессиональным спортом, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования

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

4.1.7. Участие Застрахованного лица в любых авиационных перелетах, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, за исключением авиационных перелетов Застрахованного лица в качестве пассажира авиарейса (воздушного судна гражданской авиации), осуществляемого пассажирским авиаперевозчиком на основании разрешения, предусмотренного требованиями законодательства Российской Федерации, международных законодательством.

4.1.8. Участие Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.

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

4.1.10. Отказ Застрахованного лица от предложенного лечения, в результате приведший к инвалидности Застрахованного лица или затягиванию процесса выздоровления.

4.1.11. Управление Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории либо в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения и (или) отравления, под фармакологическим воздействием препаратов в результате применения им наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и других веществ; передача Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения и (или) отравления, под фармакологическим воздействием препаратов в результате применения им наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и других веществ.

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

4.1.13. События, прямо или косвенно вызванные ВИЧ-инфекцией, СПИ-Дом, а также заболеваниями, связанными с ними.

4.1.14. События, прямо или косвенно вызванные психическим заболеванием Застрахованного лица вне зависимости от давности выявления и классификации заболевания.

4.1.15. Любые заболевания и состояния, на развитие которых повлияли беременность или роды, их осложнения или последствия, включая аборт, искусственные и преждевременные роды, за исключением случаев, когда данный фактор риска был указан в заявлении на страхование при заключении Договора и прописан в самом Договоре с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, а также за исключением состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с беременностью и родами.

4.1.16. События, прямо или косвенно вызванные кожно-венерологическими и передающимися половым путем заболеваниями.

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

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

4.1.19. Диагностирование критического заболевания, причиной которого является предсуществующее состояние (заболевание), за исключением случаев, когда Договоры страхования в отношении Застрахованного непрерывно действовали не менее 5 (пяти) лет и страховых выплат по имеющемуся предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось.

4.1.20. Помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантинном или иными превентивными мерами официальных властей; помещение Застрахованного в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

5. Основания для освобождения страховщика от страховой выплаты

5.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или частично при наличии следующих обстоятельств:

5.1.1. Умышленные действия Страхователя и (или) Застрахованного (Выгодоприобретателя) либо лиц, действующих по их поручению, направленные на наступление страхового случая.

5.1.2. Наступление события, имеющего признаки страхового случая, до вступления Договора страхования в силу.

5.1.3. Умышленное неприятие Страхователем (Застрахованным) разумных и доступных мер к уменьшению возможных убытков.

5.1.4. Самоубийство или попытки самоубийства Застрахованного, а также умышленные самоповреждения. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования в отношении данного Застрахованного действовал не менее 2 (двух) лет.

5.1.5. Война, интервенция, военные действия иностранных войск, вооруженные столкновения, иные аналогичные или приравняемые к ним события (независимо от того, была объявлена война или нет), гражданская война, мятеж, путч, иные гражданские волнения, предполагающие перерастание в гражданское либо военное восстание, бунт, вооруженный или иной незаконный захват власти.

5.1.6. Повреждения здоровья Застрахованного лица (любые), вызванные воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (взносы)

6.1. Страховая сумма – денежная сумма, определенная Договором страхования, в пределах которой Страховщик произведит страховую выплату при наступлении страхового случая.

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

6.3. Страховая сумма, установленная по Договору страхования, является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия Договора страхования, при этом страховая сумма уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты ее осуществления, если иное не установлено Договором страхования.

6.4. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, которые установлены Договором страхования. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на дату заключения Договора страхования тарифами, исходя из условий Договора и оценки степени риска.

6.5. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Размер страхового тарифа определяется Договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика, при этом:

6.5.1. Размер итогового страхового тарифа, в зависимости от страховых рисков, принимаемых на страхование, и факторов, влияющих на вероятность их наступления, исчисляется в процентах от страховой суммы на основании базовых годовых страховых тарифов.

Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска (пола и возраста; семейного положения Застрахованного лица; наличия судимостей; наличия несовершеннолетних детей; профессии; стажа управления транспортным средством; характеристик транспортного средства, используемого Застрахованным лицом; состояния здоровья Застрахованного лица, в том числе отклонения от нормы в показателях, влияющих на состояние здоровья; анализах; наличия у него заболеваний; факторов наследственности; региона проживания; территории страхования; изменения (исключения или дополнения) условий Правил страхования; занятия массовыми видами спорта; профессиональным спортом; участия Застрахованного лица в авиационных перелетах; участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной

техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего; использования транспортных средств категорий А, М с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см; наличия заболеваний и состояний, на развитие которых повлияли беременность или роды, их осложнений или последствий; заболеваний или их последствий (в том числе связанных с последствиями несчастных случаев), имевших место до начала срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты); пролонгации Договора страхования в зависимости от наличия убытков по ранее заключенным Договорам страхования; численности застрахованных; порядка уплаты страховой премии; результатов первичной оценки степени риска; субъективных факторов риска, определенных на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование; новоявленных обстоятельств и факторов, существенно влияющих на степень риска; условия страхования (комбинации рисков; срока действия Договора страхования; уровень % выплат за группы инвалидности; уровень % выплат за дни нетрудоспособности или госпитализации; количество пунктов и % выплат в таблицах выплат по риску «Телесные повреждения», установление индивидуального варианта выплат; изменение пунктов перечня критических заболеваний; особенностей установления страховой суммы по Договору страхования; валюты Договора страхования)).

6.5.2. Страховщик вправе применить индивидуальный страховой тариф для каждого Застрахованного лица, принимаемого на страхование, либо единый страховой тариф для всего коллектива, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

6.6. Страховая премия уплачивается, в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.

6.7. Страховая премия по Договору страхования уплачивается единовременно или, по соглашению Сторон, может вноситься частями – взносами (в рассрочку). Порядок, форма и сроки уплаты страховой премии (страховых взносов) указываются в Договоре страхования.

6.8. 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.

6.9. 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), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

6.10. При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов обязательства Страхователя 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.

6.11. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях. При этом денежное обязательство подлежит уплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального банка России, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

6.12. В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по Договору страхования в иностранной валюте, денежное обязательство может быть уплачено в иностранной валюте. При этом с целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в Договоре страхования.

7. Договор страхования. Порядок заключения договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

7.2. При заключении Договора Страхователь предоставляет Страховщику следующие сведения и документы:

7.2.1. Для физического лица, если премия по Договору страхования (страховому полису) равна или превышает 15 000 рублей:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- гражданство;
- дата и место рождения;
- адрес регистрации;
- адрес места проживания;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- номера телефона, факса, адрес электронной почты, другие средства связи;
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) – СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность Страхователя к перечисленным выше лицам и наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

7.2.1.1. Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:

7.2.1.1.1. Данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):

- номер карты;
- дата начала срока пребывания в РФ;
- дата окончания срока пребывания в РФ.

7.2.1.1.2. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации). Такими документами являются вид на жительство, разрешение на временное пребывание, виза, иной документ, подтверждающий, в соответствии с законодательством РФ, право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:

- серия (если имеется) и номер документа;
- дата начала срока действия права пребывания (проживания);
- дата окончания срока действия права пребывания (проживания).

7.2.1.2. Дополнительно для индивидуальных предпринимателей:

- основной государственный регистрационный номер;
- место регистрации.

7.2.2. Сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил), в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь – физическое лицо, а иное физическое лицо.

7.2.3. Для физического лица, если премия по Договору страхования (страховому полису) не превышает 15 000 рублей:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- гражданство;
- дата рождения;
- адрес регистрации;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- номер телефона, адрес электронной почты.

7.2.4. Для юридического лица:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо

свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в Государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем 1 (одним) % акций (долей) юридического лица;
- банковский идентификационный код – для кредитных организаций – резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил).

7.2.5. Для иностранной структуры без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил).

7.2.6. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности, об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;
- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

7.3. При заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре страхования, заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица, декларации Застрахованного лица.

7.4. Сведениями, являющимися существенными для оценки страхового риска, которые могут быть запрошены у Страхователя (Застрахованного), являются: состояние здоровья Застрахованного, его пол, возраст, гражданство, профессия, образование, род деятельности, семейное положение, наличие детей, регион проживания, хобби, занятия спортом, особенности использования Застрахованным лицом транспортных средств, подтвержденные соответствующими документами, убыточность по ранее заключенным Договорам страхования.

7.5. В целях оценки страхового риска Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного) следующую медицинскую документацию:

7.5.1. Справку (справки) из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

7.5.2. Биохимический анализ крови, анализы, определяющие содержание глюкозы в крови и моче.

7.5.3. Описание рентгенограмм (-ы), данные МРТ, компьютерную томограмму, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ, в случае если таковые исследования проводились.

7.5.4. Историю болезни, выданную медицинским учреждением.

7.5.5. Копию карты, заверенную ЛПУ, и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь, содержащие также данные об обращениях.

7.5.6. Копию (копии) справки (справок) об установлении инвалидности (ранее выданной), заверенную выдавшим ее учреждением, и (или) копии всех ранее выданных направлений на МСЭ, и (или) копию акта освидетельствования бюро МСЭ о результатах обследования и установления группы инвалидности, заверенную органом МСЭ, и (или) копии всех ранее выданных актов освидетельствования бюро МСЭ, заверенные органом МСЭ, о результатах обследования и установления группы инвалидности.

7.5.7. Копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту).

7.5.8. Справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера.

7.5.9. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализа крови на ВИЧ.

7.5.10. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД).

7.5.11. Справку из туберкулезного диспансера.

7.6. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица, декларации Застрахованного лица, введение Страховщика в заблуждение, а также предоставление поддельных документов дают Страховщику право требовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с п. 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.7. Договор страхования заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, если иное не предусмотрено Договором страхования. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора страхования. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований. Прохождение медицинского обследования может потребоваться в следующих случаях: наличие отягощенного анамнеза; хронических заболеваний; отклонений от нормы в предоставленных анализах; наличие заболеваний на момент заключения Договора страхования, наличие группы инвалидности; когда принимаемое на страхование лицо старше 60 лет; когда страховая сумма более 10 000 000 рублей по Договору страхования на одно Застрахованное лицо.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовываются с Застрахованным лицом.

Заключение Договора страхования 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.

7.8. Страховщик вправе отложить оформление Договора страхования, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного лица, находится на госпитализации и (или) временно нетрудоспособно, по иным причинам, связанным с нарушениями состояния здоровья, либо до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, или результатов их медицинского обследования. О принятии решения об отложении оформления Договора страхования Страховщик обязан письменно проинформировать Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней.

7.9. Договор страхования заключается в письменной форме. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа,

подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в первом абзаце настоящего пункта документов.

7.10. Договор страхования по соглашению Сторон может быть заключен с условием дополнительного страхового покрытия, распространяющегося на занятия Застрахованным лицом массовым или профессиональным спортом, с применением Страховщиком при расчете страховой премии соответствующего коэффициента.

7.11. В соответствии с главой 28, статьями 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации вручение страхового полиса на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), что является офертой для заключения Договора страхования на условиях, содержащихся в страховом полисе и Правилах страхования, являющихся его неотъемлемой частью. Уплата страховой премии или первого страхового взноса (если страховым полисом предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в страховом полисе, подтверждает согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях и факт получения Правил страхования и всех приложений к Договору страхования.

7.12. Договор страхования должен содержать список всех Застрахованных лиц. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховщик может выдать Страхователю именные страховые полисы для каждого Застрахованного лица.

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

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

7.13.2. Наименование, юридический адрес, мобильный телефон, банковские реквизиты (если Страхователь – юридическое лицо).

7.13.3. Страховую сумму.

7.13.4. Страховые риски.

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

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

Страховщик направляет Страхователю посредством СМС-сообщения Код. Полученный Страхователем Код необходим ему для получения возможности подписания и направления Страховщику Заявления.

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

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

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

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

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

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

7.19. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью

Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

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

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

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

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

7.24. В случае утери Договора страхования (страхового полиса) Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора (страхового полиса) считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя и выплаты по нему не производится.

7.25. 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 и скрепляются подписью и печатью Страховщика, а также подписью и (для юридических лиц, индивидуального предпринимателя) печатью Страхователя (при наличии печати у юридического лица, индивидуального предпринимателя).

8. Срок страхования. Порядок исполнения и прекращения договора страхования

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

8.2. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или ее первого взноса (при уплате премии в рассрочку), если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, которые установлены Договором страхования, в том числе уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено Договором страхования. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.

8.4. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут (если иное время не указано в Договоре страхования) дня, указанного в Договоре страхования как дата начала срока страхования, но в любом случае не ранее даты вступления в силу Договора страхования.

8.5. Договор страхования прекращается в 23 часа 59 минут (если иное время не указано в Договоре страхования) дня, указанного в Договоре страхования как дата окончания срока страхования.

8.6. Договор страхования может быть заключен с условием деления на периоды страхования или без такового. В случае заключения Договора страхования с условием деления на страховые периоды даты начала и окончания периодов указываются в Договоре страхования.

8.7. Действие Договора страхования прекращается в случае:

8.7.1. Истечения срока действия Договора страхования.

8.7.2. Заключения Сторонами соглашения в письменной форме о расторжении Договора страхования.

8.7.3. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме.

8.7.4. Если после вступления Договора в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователь имеет право на часть страховой премии за неистекший период страхования.

8.7.5. Отказа Страхователя от Договора страхования по причинам, указанным в п. 2 ст. 958 ГК РФ. Расторжение Договора страхования по инициативе Страхователя осуществляется Страховщиком на основании письменного уведомления Страхователя без оформления Сторонами соглашения о расторжении Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. В этом случае уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.6. Особые условия отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования:

8.7.6.1. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования до начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

8.7.6.2. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после начала срока страхования, но в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) включительно со дня заключения Договора Страхователь вправе получить часть уплаченной премии пропорционально сроку действия страхования при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая.

8.7.6.3. При отказе Страхователя от Договора страхования после начала срока страхования и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня заключения Договора уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.6.4. В случаях, предусмотренных настоящими Правилами, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования.

8.7.7. Прекращения действия Договора страхования по решению суда.

8.7.8. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по Договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования в порядке, предусмотренном пунктом 1.16 настоящих Правил. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

8.7.9. Оплаченный период страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования, срок действия которого равен 1 году (365 дням), составляет:

- при уплате страховой премии двумя взносами первый оплаченный период страхования составляет 6 (шесть) месяцев, второй – 6 (шесть) месяцев;
- при уплате страховой премии тремя взносами первый оплаченный период составляет 6 (шесть) месяцев, второй и третий – 3 (три) месяца каждый;
- при уплате страховой премии четырьмя взносами каждый оплаченный период страхования составляет 3 (три) месяца;
- при уплате страховой премии двенадцатью взносами каждый оплаченный период страхования составляет 1 (один) месяц.

8.8. В случае необходимости расторжения Договора страхования в отношении лиц, Застрахованных по Договору страхования, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом страховая премия возврату не подлежит в том случае, если в отношении Застрахованного лица, исключаемого из списка Застрахованных, в истекшем периоде Страховщику поступало хотя бы одно заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, убыток по которому был урегулирован, либо оно находится в процессе рассмотрения Страховщиком в целях принятия решения о признании заявленного события страховым случаем.

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

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора страхования.

9.1.2. Получить дубликат Договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.

9.1.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.1.4. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.1.5. Согласовать со Страховщиком внесение изменений в условия Договора страхования.

9.1.6. Отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.1.7. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования или отказаться от Договора страхования в отношении части Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.1.8. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен Договор страхования.

9.1.9. Получить по запросу копии 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 уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

9.1.10. Получить по запросу один раз по одному Договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей 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.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и сроки, которые установлены Договором страхования.

9.2.2. Сообщить Страховщику при заключении Договора страхования всю необходимую информацию обо всех обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска, принимаемого Страховщиком на страхование).

9.2.3. Предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных.

9.2.4. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных», в объеме, необходимом Страховщику, в целях, указанных в п. 1.11 Правил страхования, а также предоставить по запросу Страховщика указанные письменные согласия Застрахованных лиц.

9.2.5. Письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю.

9.2.6. Предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного лица, необходимую для заключения и исполнения Договора страхования.

9.2.7. Незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

9.2.8. Доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком, в течение 7 (семи) календарных дней, если иное не установлено в Договоре страхования.

9.2.9. Немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического

места жительства, места работы, профессии.

9.2.10. Довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия действия Договора страхования.

9.2.11. В срок не менее 31 (тридцати одного) календарного дня известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

9.2.12. Соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с запросом Страховщика.

9.2.13. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить об этом в письменном виде Страховщику для получения дубликата.

9.2.14. Исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

9.3.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований Договора страхования и положений настоящих Правил.

9.3.3. Перед заключением Договора страхования потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья (указанных в пп. 7.4 и 7.5 настоящих Правил).

9.3.4. При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору страхования, потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.3.5. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или Договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз.

9.3.6. Получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.

9.3.7. Продлить срок принятия решения по заявленному событию с признаками страхового случая до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в главе 10, требуемых для оценки его обстоятельств.

9.3.8. Продлить срок принятия решения о страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления заявленного события уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, если от результатов расследования уголовного дела зависит решение Страховщика по заявленному событию.

9.3.9. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, по требованию Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного/лица, обратившегося с намерением заключить Договор страхования, разъяснить положения настоящих Правил и условий Договора страхования, при заключении Договора страхования представить все документы, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.4.2. При заключении Договора страхования предоставить Страхователю Договор, состоящий из текста Договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, ссылка на которые имеется в тексте Договора страхования, в том числе Правила страхования (полисные условия/дополнительные условия/программы страхования). В случае если Договор страхования заключался с использованием «Личного кабинета», указанные документы предоставляются через личный кабинет.

9.4.3. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

9.4.4. Использовать информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица исключительно для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, защитой прав Застрахованных.

9.4.5. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в течение предусмотренного в настоящих Правилах и Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования.

9.4.6. Предоставить дубликат Договора страхования (страхового полиса) или копию Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, по письменному запросу Страхователя, по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

9.4.7. По письменному запросу Страхователя предоставлять заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, на основании которых произведен расчет.

9.4.8. По письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором страхования и/или Правилами страхования:

- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/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/Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

9.4.9. В случае принятия решения о страховой выплате 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 (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.

9.4.10. В случае принятия решения об отказе по письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя предоставлять информацию и копии документов (выписки из них), на основании которых было принято решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты.

9.4.11. По устному или письменному запросу Страхователя/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.

9.4.12. Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Выгодоприобретателя, связанных с исполнением условий Договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик, и/или определенном в Договоре.

9.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Страховщика.

10. Действия сторон при наступлении события с признаками страхового случая

10.1. Для решения вопроса о признании произошедшего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследники) должен предоставить Страховщику в срок не более 31 (тридцати одного) календарного дня с даты наступления события следующие документы: письменное

заявление установленной формы с указанием обстоятельств, при которых произошло событие, данные Договора страхования (страхового полиса), квитанцию об уплате страхового взноса (если он уплачивался наличными денежными средствами), документ, удостоверяющий личность заявителя и/или представителя заявителя (паспорт), а также документы, указанные в п. 10.4 настоящих Правил, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового случая.

10.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием желаемого способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или безналичным перечислением по указанным Выгодоприобретателем банковским реквизитам). При выборе способа получения выплаты в безналичном порядке Страховщику должны быть предоставлены банковские реквизиты, а также распоряжение Страхователя/Выгодоприобретателя о порядке осуществления страховой выплаты.

10.3. Предусмотренный настоящими Правилами страхования срок для осуществления страховой выплаты начинает течь не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, всех документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования, банковских реквизитов для осуществления страховой выплаты (в случае если в заявлении о выплате Страхователем/Выгодоприобретателем указан вариант осуществления страховой выплаты в безналичном порядке).

10.4. В зависимости от характера и обстоятельств события с признаками страхового случая, Страховщик может запросить у Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного, наследников) следующие документы, исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком индивидуально для каждого случая:

10.4.1. При наступлении страхового риска «Смерть в результате несчастного случая» (п. 3.2.1 настоящих Правил) или «Смерть в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.2.2 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

10.4.1.1. Нотариально удостоверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица.

10.4.1.2. Копия медицинского свидетельства о смерти с указанием причины смерти, и (или) копия справки о смерти с указанием причины смерти, и (или) копия корешка медицинского свидетельства о смерти.

10.4.1.3. Документы, предоставляемые в зависимости от причины смерти:

10.4.1.3.1. В случае смерти от заболевания предоставляются:

а) выписка (выписки) из медицинской карты (карт) амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях до и после заключения Договора страхования, выданная лечебным учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;

б) выписка из медицинской карты стационарного больного с посмертным эпикризом (в случае смерти в стационаре), выданная лечебным учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение.

10.4.1.3.2. В случае смерти от несчастного случая предоставляются:

- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах наступления события, имеющего признаки страхового случая;

- копия акта о несчастном случае на производстве, заверенная в установленном порядке уполномоченным лицом работодателя (в том случае, если смерть наступила при исполнении Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.1.3.3. В зависимости от причины смерти и обстоятельств наступления события с признаками страхового случая, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

а) копию документа (документов), предусмотренного законодательными или нормативными актами, содержащего данные о причине смерти Застрахованного:

- копию протокола патологоанатомического исследования трупа;
- копию заключения эксперта по результатам судебно-медицинского исследования трупа или копию акта судебно-медицинского исследования трупа (документ должен содержать данные анализов на содержание в крови алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ);
- копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти (если вскрытие не производилось);
- б)** данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар) в форме, установленной законодательством);

- посмертный эпикриз;

- историю болезни, выданную медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;

- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного

больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;

- копию карты вызова скорой медицинской помощи (далее – СМП).

10.4.2. При наступлении страхового риска «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 3.2.3 настоящих Правил) или **«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.4 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- нотариально удостоверенная копия справки органа МСЭ об установлении группы инвалидности;
- копия направления на МСЭ, заверенная органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;
- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.2.1. В зависимости от причины присвоения группы инвалидности и обстоятельств наступления события с признаками страхового случая, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

- копию (копии) справки (справок) об установлении инвалидности (ранее выданной), заверенную выдавшим ее учреждением, и (или) копии всех ранее выданных направлений на МСЭ, и (или) копию акта освидетельствования бюро МСЭ о результатах обследования и установления группы инвалидности, заверенную органом МСЭ, и (или) копии всех ранее выданных актов освидетельствования бюро МСЭ, заверенные органом МСЭ, о результатах обследования и установления группы инвалидности;
- данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар);
- историю болезни, выданную медицинским учреждением;
- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;
- копию карты вызова СМП;
- копию заключения эксперта, акт судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (документ должен содержать данные анализов на содержание алкоголя и (или) наркотических веществ в крови (при их наличии));
- рентгеновские снимки или описание рентгенограмм (-ы), данные магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ), компьютерную томограмму, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ;
- копии листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы.

10.4.3. При наступлении страховых рисков «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (п. 3.2.5 настоящих Правил), **«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»** (п. 3.2.6 настоящих Правил), **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** (п. 3.2.7 настоящих Правил), **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.8 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;
- копия листка (копии листов) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;
- копия справки о временной нетрудоспособности студента;
- рентгеновские снимки и (или) описание рентгенограмм (-ы), данные МРТ, компьютерная томограмма, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ, в случае если таковые исследования проводились;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события.

10.4.3.1. В зависимости от причины и обстоятельств получения в результате заявленного события телесных повреждений или тяжелых телесных повреждений, временной нетрудоспособности, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

- данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар);
- копию заключения эксперта, акт судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (содержащий данные анализов на содержание алкоголя и (или) наркотических веществ в крови – при их наличии);
- историю болезни, выданную медицинским учреждением;

- копию карты, заверенную ЛПУ, и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;
- копию карты вызова СМП;
- справку из медицинского учреждения с указанием площади и степени ожога (если одновременно имеются ожоги разной степени, указать площадь ожога каждой степени отдельно);
- справку из медицинского учреждения с указанием площади и степени ожога туловища и головы отдельно (если одновременно имеются ожоги разной степени, указать площадь ожога каждой степени отдельно);
- справку из медицинского учреждения с описанием объективного статуса при поступлении;
- заключение окулиста с указанием границ полей зрения;
- заключение окулиста с указанием остроты зрения;
- заключение лор-врача с данными речевой аудиометрии (восприятие шепотной и разговорной речи);
- заключение хирурга с размерами раны;
- заключение хирурга с размерами формирующихся после травмы рубцов;
- заключение хирурга по случаю утраты зуба (необходимо указать, какая часть коронки или зуба была утрачена).

10.4.4. При наступлении страховых рисков «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» (п. 3.2.9 настоящих Правил), **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.10 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- нотариально заверенная копия справки органа МСЭ об утрате профессиональной трудоспособности;
- копия направления на МСЭ, заверенная органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;
- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным служебных или трудовых обязанностей);
- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;
- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;
- копия карты вызова СМП.

10.4.5. При наступлении страховых рисков «Диагностирование укуса клеща» (п. 3.2.11 настоящих Правил), **«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»** (п. 3.2.12 настоящих Правил), **«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»** (п. 3.2.13 настоящих Правил), **«Госпитализация в результате несчастного случая»** (п. 3.2.14 настоящих Правил), **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.15 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;
- копия листка (копии листов) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;
- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным служебных или трудовых обязанностей);
- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;
- копия карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;
- оригиналы документов, подтверждающих оплату оказанных медицинских услуг, лекарств, других расходов (чеки; квитанции об оплате; копии платежных поручений, заверенные печатью банка; оригиналы слип-чеков);
- копия карты вызова СМП.

10.4.6. При наступлении страхового риска «Критическое заболевание» (п. 3.2.16 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;
- копия листка (копии листов) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;
- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;
- копия карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;
- копия карты вызова СМП.

10.4.7. При наступлении страховых рисков «**Непредвиденные расходы Застрахованного лица**» (п. 3.2.17 настоящих Правил) и «**Медицинская помощь**» (п. 3.2.18 настоящих Правил):

10.4.7.1. Для получения медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (Страхователь) обращается в медицинскую организацию, указанную в Договоре страхования и Программе страхования, и предъявляет полис страхования и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

10.4.7.2. Страховая выплата по риску «Медицинская помощь» производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования и (или) Программой страхования, посредством перевода денежных средств на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

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

10.4.7.4. Для возмещения понесенных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходов необходимо предоставление следующих документов:

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

10.4.8. При наступлении любого заявленного события с признаками страхового случая дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы, выданные компетентными органами:

10.4.8.1. В том случае, если событие с признаками страхового случая наступило при обстоятельствах дорожно-транспортного происшествия (далее – ДТП):

- копию документа, выданного ГИБДД и подтверждающего наступление ДТП;
- копию протокола и постановления по делу об административном правонарушении (если таковые оформлялись), постановления о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
- копию водительского удостоверения (иного документа, подтверждающего право управления транспортным средством) Застрахованного лица либо водителя, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;
- надлежащим образом оформленную копию акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП.

10.4.8.2. В том случае, если по факту смерти Застрахованного лица было возбуждено уголовное дело и (или) ведется судебный процесс, от результатов которого зависит квалификация заявленного события с признаками страхового случая, Страховщик вправе запросить копию вступившего в законную силу приговора, решения суда.

10.4.8.3. Копию постановления об отказе в возбуждении уголовного дела и (или) копию постановления о возбуждении уголовного дела, заверенную органом МВД (в случае если МВД принимало участие в расследовании обстоятельств, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая).

10.4.8.4. Копию акта о несчастном случае на производстве, заверенную в установленном порядке уполномоченным лицом работодателя (в том случае, если событие, имеющее признаки страхового случая,

наступило при исполнении Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.9. При наступлении любого заявленного события с признаками страхового случая дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы, выданные медицинскими учреждениями:

10.4.9.1. Копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту).

10.4.9.2. Справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера.

10.4.9.3. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализа крови на ВИЧ.

10.4.9.4. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД).

10.4.9.5. Справку из туберкулезного диспансера.

10.4.10. Наследники Выгодоприобретателя предоставляют, помимо вышеуказанных документов, свидетельство о праве на наследство по Договору страхования (полису), выданное нотариусом.

10.4.11. В случае если Застрахованный является несовершеннолетним либо недееспособным, то от его имени заявление подается его законным представителем, который дополнительно представляет документы, подтверждающие законность его полномочий в отношении Застрахованного лица.

10.5. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы, в том числе иметь апостиль (если применимо) и (или) перевод, выполненный в официальном бюро переводов и заверенный печатью бюро.

10.6. В случае предоставления 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.), Страховщик вправе отсрочить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества, о чем письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в сроки, указанные в п. 10.14 настоящих Правил.

10.7. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

10.8. Все документы, выданные компетентными органами, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего учреждения.

10.9. Все копии предоставляемых документов должны быть заверены надлежащим образом выдавшим их учреждением.

10.10. В том случае, если Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем или компетентными органами (у которых Страховщик запросил документы) не были предоставлены документы, указанные в пп. 10.1–10.3 Правил и (или) документы не соответствуют требованиям, установленным пп. 10.4–10.8 Правил, Страховщик вправе приостановить срок принятия решения по заявленному случаю до даты получения Страховщиком данных документов, соответствующих требованиям, установленным Правилами, о чем Страховщик письменно сообщает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, установленных пп. 10.1–10.3 Правил, а также указывает перечень недостающих или ненадлежащим образом оформленных документов.

10.11. 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. Застрахованное лицо уведомляется о месте и времени обследования по электронной почте или почте России. В случае непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в объеме и сроки, которые согласованы 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, документы, переданные Страховщику, заявителю не возвращаются.

10.12. В случае если условиями конкретного Договора страхования (полиса) предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) информации и документов для получения страховой выплаты в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) может представить Страховщику документы, указанные в п. 10.4 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью

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

10.13. Если это специально предусмотрено Договором страхования и страховая выплата по Застрахованному составит до 15000 рублей (если иной размер не установлен Договором страхования), то Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право произвести выплату страхового возмещения без предоставления документов из компетентных органов, предусмотренных настоящими Правилами, если факт и причина страхового события не вызывают сомнений у Страховщика. Осуществление страховой выплаты в данном порядке производится в количестве не более установленного Договором страхования.

10.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения от Страхователя заявления и всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а также документов, запрошенных у компетентных органов, Страховщик обязан:

10.14.1. В случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт и осуществить страховую выплату в пользу Застрахованного (Выгодоприобретателя).

10.14.2. В случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Застрахованному (Выгодоприобретателю) с указанием основания для принятия такого решения, со ссылками на нормы права, условия Договора страхования и (или) настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

10.14.3. Принять решение об отсрочке страховой выплаты, о чем письменно известить Застрахованного (Выгодоприобретателя), 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, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, препятствующих выплате.

10.15. Право на получение страховых выплат принадлежит Выгодоприобретателю, указанному в Договоре страхования.

10.15.1. Если Застрахованным является несовершеннолетний либо лицо, являющееся недееспособным, то в качестве получателя страховой выплаты может выступать законный представитель Застрахованного в соответствии с предоставленными Страховщику документами, подтверждающими его полномочия в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.15.2. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям в соответствии с их долями (в процентах от страховой суммы), указанными в Договоре страхования.

10.15.3. Если в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретатели не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством; в этом случае страховая выплата производится пропорционально их наследственным долям в соответствии со свидетельством о праве на наследство по Договору страхования (полису), выданным нотариусом.

10.16. Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

10.17. В том случае, если Договор страхования был заключен в валютном эквиваленте, страховая выплата производится в рублях по курсу ЦБ РФ на дату ее осуществления наличными или на банковский счет Выгодоприобретателя в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.18. В случае выявления факта предоставления Страхователем/Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок, указанный в п. 10.13 Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- в срок, не превышающий 15 (пятнадцати) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

11. Порядок определения размера страховых выплат

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

11.2. При наступлении страхового случая «Смерть в результате несчастного случая» (п. 3.2.1 настоящих Правил) или «Смерть в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.2.2 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100 % страховой суммы.

11.3. При наступлении страхового случая «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 3.2.3 настоящих Правил) или «Инвалидность в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.2.4 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.3.1. При установлении 1-й группы инвалидности – 100 % страховой суммы;

при установлении 2-й группы инвалидности – 75 % страховой суммы; при установлении 3-й группы инвалидности – 50 % страховой суммы; при присвоении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» – 100 % страховой суммы.

11.3.2. При установлении 1-й группы инвалидности – 100 % страховой суммы; при установлении 2-й группы инвалидности – 100 % страховой суммы.

11.3.3. При установлении 1-й группы инвалидности – до 100 % страховой суммы;

при установлении 2-й группы инвалидности – до 90 % страховой суммы; при установлении 3-й группы инвалидности – до 60 % страховой суммы; при присвоении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» – до 100 % страховой суммы.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.3.1 настоящих Правил. Если при этом в течение срока действия Договора страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного лица в сторону увеличения ее степени, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере разницы между страховой выплатой, подлежащей выплате при более высокой степени инвалидности, и ранее выплаченной суммой, расчет которой был произведен по ранее установленной более низкой степени инвалидности.

11.4. При наступлении страхового случая «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (п. 3.2.5 настоящих Правил) страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения № 6–13 к настоящим Правилам).

11.5. При наступлении страхового случая «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая» (п. 3.2.6 настоящих Правил) страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения № 14–15 к настоящим Правилам).

11.6. При наступлении страхового случая «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая» (п. 3.2.7 настоящих Правил) или «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.2.8 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

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

11.6.2. В размере, установленном в Договоре, за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате общей трудоспособности за один страховой случай.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.6.1.

11.7. При наступлении страхового случая «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» (п. 3.2.9 настоящих Правил) или «Утрата профессиональной трудоспособности

в результате несчастного случая или болезни» (п. 3.2.10 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.8. При наступлении страхового случая **«Диагностирование укуса клеща»** (п. 3.2.11 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.8.1. Страховщик выплачивает 5 % от страховой суммы за каждый страховой случай (укус/присасывание клеща), если иной размер не установлен Договором страхования, но не более 100 % страховой суммы.

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

- а)** оплату приемов медицинского персонала, в том числе манипуляции по удалению клеща по медицинским показаниям;
- б)** оплату назначенных врачом лабораторных и иных инвазивных и неинвазивных методов исследования, связанных с диагностикой заболеваний, передающихся при укусе клеща, включая, но не ограничиваясь этим, исследования крови и исследования клеща;
- в)** оплату проведения профилактических мероприятий по назначению врача, включая, но не ограничиваясь этим, введение иммуноглобулина в целях предотвращения заболеваний, передающихся при укусе клеща.

11.8.3. 100 % страховой суммы.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.8.1 настоящих Правил.

11.9. При наступлении страхового случая **«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»** (п. 3.2.12 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется согласно Таблице страховых выплат при диагностировании опасных инфекционных заболеваний, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (Приложение № 16 к настоящим Правилам).

11.10. При наступлении страхового случая **«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»** (п. 3.2.13 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.11. При наступлении страхового случая **«Госпитализация в результате несчастного случая»** (п. 3.2.14 настоящих Правил) или **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.15 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

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

11.11.2. В размере, установленном в Договоре, за каждый день госпитализации, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня госпитализации. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по госпитализации за один страховой случай. День поступления и день выписки считаются за 1 (один) день. Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.11.1.

11.12. При наступлении страхового случая **«Критическое заболевание»** (п. 3.2.16 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.13. При наступлении страхового случая **«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»** (п. 3.2.17 настоящих Правил) Страховщик организует:

11.13.1. И/или оплачивает расходы на организацию услуг социального характера, в т.ч. услуг индивидуального пристра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т.п.;

11.13.2. И/или оплачивает расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т.п., представление интересов на переговорах, в судах и т.п.) по всем обязательствам Застрахованного лица, по которым его права и законные интересы были нарушены;

11.13.3. И/или оплачивает расходы на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинских заключений) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд в целях защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

11.13.4. И/или оплачивает иные расходы, предусмотренные Договором.

11.14. При наступлении страхового случая **«Медицинская помощь»** (п. 3.2.18 настоящих Правил) Страховщик организует и/или оплачивает оказание Застрахованному медицинской помощи в медицинской организации в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Программой страхования, а также компенсирует понесенные непредвиденные расходы на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания.

11.15. Если по одному и тому же страховому случаю возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату по нескольким рискам, установленным Договором страхования, то из суммы страховой выплаты вычитаются суммы страховых выплат, произведенных ранее по этому же страховому случаю, но по другому риску, если иное не предусмотрено Договором страхования.

11.16. Если Выгодоприобретатель признан судом виновным в смерти Страхователя (Застрахованного), страховая выплата производится, в соответствии с законодательством Российской Федерации, наследникам Застрахованного.

11.17. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату по Договору страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

11.18. Выплата может быть произведена Застрахованному (Выгодоприобретателю) через его представителя, действующего по доверенности, оформленной Застрахованным (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

11.19. Страховая выплата не выплачивается в случаях, предусмотренных в разделе 4 («Исключения из страхового покрытия») настоящих Правил, а также в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

11.20. Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо с письменного согласия Застрахованного. В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь должен указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

12. Форс мажор

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

12.2. В случае изменения государством Конституции и (или) гражданского законодательства правоотношения по Договору страхования с момента вступления этих изменений в законную силу подлежат приведению в соответствие с новым законодательством. Однако в отношении конкретных событий, возникших до изменения законодательства, применяется закон, действовавший на момент их возникновения.

13. Порядок разрешения споров

13.1. Все споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.