



**Общество с ограниченной ответственностью
Страховая Компания «Диамант»
(ООО СК «Диамант»)**

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом
ООО СК «Диамант»
от 30.05.2016г. №13

Руководитель временной
администрации ООО СК «Диамант»



Еремин А.М.

П Р А В И Л А
СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

(НОВАЯ РЕДАКЦИЯ)

(редакция от 17.11.2015, утв. Приказом ООО СК «Диамант» №70,
с изменениями и дополнениями, внесенными Приказом ООО СК «Диамант» от
30.05.2016 №13)

МОСКВА
2016

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	7
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	9
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	10
5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	19
6. СТРАХОВАЯ СУММА	19
7. ФРАНШИЗА.....	21
8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ	21
9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ.....	23
10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	32
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	35
12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА, ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	39
13. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	50
14. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СТРАХОВОЙ СУММЫ.....	53
15. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ	53

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, и определяют общие условия и порядок осуществления страхования от несчастных случаев и болезней Обществом с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Диамант» (ООО СК «Диамант») (далее по тексту - Страховщик).

1.2. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к виду: страхование от несчастных случаев и болезней.

1.3. Страховщик на условиях настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации заключает Договоры страхования с физическими и юридическими лицами (далее – Страхователи). Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее – Договор страхования).

1.4. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную Договором страхования сумму (страховую выплату) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого Страхователя или другому названному в Договоре страхования Застрахованному лицу при наступлении предусмотренного Договором страхования страхового случая.

1.5. По соглашению Сторон в Договор страхования могут быть включены иные условия, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, Стороны руководствуются настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

В части, не нашедшей отражения в настоящих Правилах и Договоре страхования, Стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

1.6. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать страховые программы, полисные условия страхования или выдержки из настоящих Правил, которые непосредственно относятся к условиям конкретного Договора страхования или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие страховые программы, полисные условия или выдержки из настоящих Правил прилагаются к Договору страхования (Страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

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

1.7. Договор страхования может быть заключен в отношении одного Застрахованного лица или группы лиц.

1.7.1. Договоры страхования, заключенные в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, находящихся в родственной связи, являются Договорами индивидуального страхования.

1.7.2. Договоры страхования, заключенные в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования, являются Договорами коллективного страхования.

1.8. В рамках настоящих Правил используются следующие **определения**:

1.8.1. **Список Застрахованных лиц** – список физических лиц, в отношении которых Страхователь и Страховщик заключили Договор коллективного страхования.

1.8.1.1. При коллективном страховании работников организаций (предприятий, учреждений) Список Застрахованных лиц может состоять в том числе только из перечня штатных должностей организации (предприятия, учреждения) с указанием их количества.

1.8.1.2. При коллективном страховании участников массовых мероприятий Список Застрахованных лиц может состоять в том числе только из номеров билетов с указанием времени и даты проведения мероприятия.

1.8.1.3. Список Застрахованных лиц является неотъемлемой частью Договора страхования.

1.8.2. **Несчастный случай** (далее по тексту также – НС) – внезапное кратковременное (до нескольких часов) фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических), непредвиденное, непреднамеренное событие, идентифицированное по характеру, месту и времени его наступления, и повлекшее за собой временное или постоянное расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица, произошедшее в период действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного лица и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя.

1.8.2.1. К числу несчастных случаев относятся в том числе (но не исчерпываясь этим):

1.8.2.1.1. травматические повреждения: механические (повреждения, ушибы, растяжения, вывихи, переломы, сотрясения и т.д.); термические (ожоги, обморожения, переохлаждение организма); химические; электротравмы.

1.8.2.1.1.1. К несчастным случаям также относятся (только если это прямо указано в Договоре страхования) события, при которых вследствие физического перенапряжения у Застрахованного лица происходит вывих отделов позвоночника или суставов конечностей либо растяжение или разрыв мышц, сухожилий, связок или суставных сумок (кроме грыж белой линии живота, грыж межпозвоночных дисков и паховых грыж);

1.8.2.1.2. укусы насекомых, животных;

1.8.2.1.3. случайное острое отравление промышленными и бытовыми химическими веществами (в том числе ядовитыми газами), ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм), лекарственными препаратами;

1.8.2.1.4. неправильные медицинские манипуляции;

1.8.2.1.5. удушье при случайном попадании в дыхательные пути инородного тела (за исключением рвотных масс, если Застрахованное лицо находилось в состоянии любого вида опьянения, либо в болезненном состоянии), анафилактический шок;

1.8.2.1.6. утопление;

1.8.2.1.7. патологические роды, внематочная беременность, приведшие к удалению органов (матки, обеих или единственной трубы, яичников);

1.8.2.1.8. изнасилование, насильственные действия сексуального характера.

1.8.2.2. В Договоре страхования в качестве несчастных случаев могут быть названы события как из числа, указанных в пп.1.8.2.1.1. – 1.8.2.1.8. настоящих Правил, так и иные события, удовлетворяющие определению, данному в пп.1.8.2. настоящих Правил, и исключениям, указанным в пп.1.8.2.3. настоящих Правил.

1.8.2.3. **Не являются несчастным случаем**, в смысле настоящих Правил, любые формы остро возникших или хронических, наследственных заболеваний и их осложнений (как ранее диагностированных, так и впервые выявленных), спровоцированных воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов, инфекционные заболевания.

1.8.3. **Случайное острое отравление** – это резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами.

Инфекционные болезни, в т.ч. сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллез, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся.

1.8.4. **Телесное повреждение** – это травматическое и/или случайное острое отравление, полученные Застрахованным лицом в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренные указанным в Договоре страхования вариантом «Таблицы размеров страховых выплат», являющегося приложением к Правилам страхования.

1.8.5. **Травматическое повреждение** – это нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или

кратковременного внешнего воздействия физических (механических, термических, электрических) (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) и химических факторов внешней среды, диагноз которого (нарушения) поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

1.8.6. Заболевание (болезнь) – диагностированное квалифицированным врачом впервые в период действия Договора страхования на основании объективных симптомов, не вызванное несчастным случаем нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного лица, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных (медицинских) манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в течение срока страхования.

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

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

1.8.8. Медицинские манипуляции – действия медицинского работника в отношении Застрахованного лица, включая диагностические, лечебные, профилактические, медикаментозные и иные манипуляции медицинского работника.

1.8.9. Неправильные медицинские манипуляции – манипуляции, при которых медицинским работником допущены подтвержденные соответствующими документами компетентных органов отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к следующим негативным последствиям для здоровья Застрахованного лица: ушибу головного, спинного мозга, внутренних органов, перелому, вывиху костей, ранению, ожогу, обморожению, поражению электричеством, сдавлению, полной или частичной потере органа.

1.8.10. Утрата трудоспособности – это ограничение или утрата способности Застрахованного лица к труду.

1.8.11. Временная утрата трудоспособности (далее также – **ВУТ, временная нетрудоспособность**) – временное ухудшение состояния здоровья, телесные повреждения Застрахованного лица, в том числе в случаях неспособности Застрахованного лица к оплачиваемому труду в течение определенного ограниченного периода времени, удостоверенное выданным ему листком нетрудоспособности или заменяющим его документом.

1.8.12. Постоянная полная утрата трудоспособности – это необратимая утрата Застрахованным лицом способности к любому оплачиваемому труду.

1.8.13. Инвалидность – установленное и подтвержденное официальными документами органа МСЭ стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного лица, сопровождающееся ограничением жизнедеятельности, социальной недостаточностью и ограничением способности к труду.

1.8.13.1. Инвалидность определенной группы (I, II или III) или категория «ребёнок-инвалид» устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

1.8.14. Первичное установление инвалидности означает установление категории или группы инвалидности лицу, не являвшемуся инвалидом данной группы (категории) инвалидности.

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

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

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

1.8.18. **Временная утрата профессиональной трудоспособности** – это полная утрата способности Застрахованного лица к определенному труду в соответствии со своей профессией, подготовкой и квалификацией на определенный ограниченный период времени.

1.8.19. **Профессиональное заболевание** – хроническое или острое заболевание Застрахованного лица, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или постоянную утрату им профессиональной трудоспособности, либо его смерть.

1.8.20. **Хирургическая операция** – это метод лечения и диагностики травм и заболеваний, проведение которого всегда сопровождается и/или связано со значительным нарушением целостности части кожных покровов и /или слизистых оболочек.

1.8.21. **Лечебная и диагностическая манипуляция** – это метод лечения и диагностики травм или заболеваний, не сопровождающийся либо сопровождающийся незначительным нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых оболочек.

1.8.22. **Госпитализация** – это помещение Застрахованного лица на круглосуточное стационарное лечение в медицинское учреждение в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в период действия Договора страхования, либо если это прямо указано в договоре страхования, в результате обострения заболевания.

При этом госпитализацией не признается:

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

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

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

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

1.8.26. **Инфицирование** – это проникновение в организм Застрахованного лица конкретных болезнетворных микроорганизмов, определяемое специальными методами исследования, с возможным последующим развитием у этого лица соответствующей инфекционной болезни. В случае развития болезни «инфицирование» одновременно будет означать и «заражение» инфекционной болезнью.

1.8.27. **Смерть** – подтвержденный официальными документами факт прекращения жизнедеятельности организма Застрахованного лица.

1.8.28. **Злокачественное новообразование** – смертельно-опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующейся бесконтрольным ростом, метастазированием и инвазией злокачественных клеток в нормальную ткань. Диагноз злокачественного новообразования должен быть установлен специалистом-онкологом и подтвержден гистологическим методом, и соответствовать кодам С00-С97 - злокачественные новообразования по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

1.8.29. **Медицинский работник (врач)** – это специалист с законченным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.8.30. **Агрегатная страховая сумма** – это денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия Договора страхования. При этом общая страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму произведенных выплат.

1.8.31. **Суточная выплата** – это размер страховой выплаты за один день нетрудоспособности.

1.8.32. **Период ожидания** – это указанный в Договоре страхования период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события, истечение которого является одним из условий признания данного события страховым случаем.

1.8.33. **Пост-активный период** – это период времени, установленный в Договоре страхования в качестве условия страхования, согласно которому страховым случаем признается событие из числа указанных в Договоре страхования в качестве страховых случаев, наступившее в течение срока страхования или после окончания срока страхования, при условии, что событие, вызвавшее его и указанное в Договоре страхования в качестве такового (например, несчастный случай, диагностирование заболевания), наступило в течение срока страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования по настоящим Правилам считаются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Диамант» (ООО СК «Диамант»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке, и зарегистрированное в г.Москве (регистрационный номер 1363).

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы и иные обособленные подразделения, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица) на основании соответствующих договоров или доверенностей.

2.3. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, либо юридическое лицо (любой организационно-правовой формы и формы собственности), либо физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами и уплатившее обусловленную этим Договором страхования плату.

Страхователь вправе заключать Договор страхования в отношении третьего лица.

2.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, фактический возраст которого на момент заключения Договора страхования составляет, если иное не оговорено в Договоре страхования, от 2 лет до 74 лет включительно, названное в Договоре страхования как Застрахованное лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

2.4.1. Если Договор страхования заключен в отношении самого Страхователя-физического лица, то Страхователь одновременно является и Застрахованным лицом.

2.5. **Договор страхования не заключается в отношении:**

2.5.1. инвалидов I или II группы;

2.5.2. лиц, имеющих действующее направление на медико-социальную экспертизу, а также лиц, являвшихся инвалидами ранее, но не прошедших очередное переосвидетельствование;

2.5.3. лиц в возрасте до 18 лет, которым установлена категория «ребенок-инвалид»;

2.5.4. лиц с врожденными аномалиями, инвалидов с детства;

2.5.5. лиц, страдающих онкологическими заболеваниями;

2.5.6. лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере;

2.5.7. лиц, страдающих психоневрологическими заболеваниями (слабоумием, эпилепсией и др.) и/или со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящих на учете в психоневрологическом и/или наркологическом диспансерах;

2.5.8. лиц, больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированных);

2.5.9. лиц, нуждающихся в постоянном уходе по состоянию здоровья.

2.6. В отдельных случаях, на индивидуальных условиях, лица, указанные в п.2.5. настоящих Правил, могут быть Застрахованными лицами только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

Факт заключения Договора страхования в отношении таких лиц прямо оговаривается по тексту Договора страхования со ссылкой на данный пункт Правил.

2.7. При невыполнении условия уведомления Страховщика в соответствии с п.2.6.Правил, Договор страхования в отношении такого лица признается ничтожным (с момента распространения на него действия Договора страхования) и страховая премия (страховой взнос) по данному Застрахованному лицу будет возвращена Страхователю в полном объеме.

2.8. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.2.5. настоящих Правил, в том числе включил в Список Застрахованных лиц лицо, из числа указанных в п.2.5. настоящих Правил без предупреждения Страховщика о таких заболеваниях, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования не действительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных частью 2 статьи 167 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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

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

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

2.9.3. лиц, получающих лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом, и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере;

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

2.9.5. лиц, находящихся на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании до их полного выздоровления (для индивидуального страхования);

2.9.6. лиц, имеющих такие нарушения здоровья, которые согласно действующему законодательству соответствуют нарушениям, указанным для I, II группы инвалидности, даже если группа инвалидности не установлена;

2.9.7. лица, страдающие хроническими заболеваниями с нарушением функции органов и систем средней и тяжелой степени тяжести;

2.9.8. лиц, находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы, лиц, находящихся в местах лишения свободы.

2.10. При заключении Договора страхования Страховщик по соглашению со Страхователем могут определить конкретный перечень лиц, которые не могут быть приняты на страхование, исключив один или несколько подпунктов, указанных в п.2.9 настоящих Правил.

Если впоследствии будет установлено, что договор страхования был заключен в отношении лиц, указанных в п.2.9 настоящих Правил, и при этом Страхователь не поставил в известность об этом Страховщика, то такой Договор страхования подлежит признанию недействительным в отношении этих лиц с даты его заключения.

2.11. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут определить применительно к конкретным условиям Договора страхования дополнительные ограничения по приему на страхование отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, полом, состоянием здоровья, условиями или территорией проживания, профессиональной или иной деятельностью и т.д.

2.12. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования может быть заменено Страхователем другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Застрахованное лицо не может быть заменено другим лицом после того, как оно выполнило какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявило Страховщику требование о страховой выплате.

2.13. **Выгодоприобретатель** – одно или несколько физических и/или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя (получателей) страховой выплаты по одному или нескольким страховым рискам, на случай наступления которых данное Застрахованное лицо застраховано.

2.14. Страхователь в течение действия Договора страхования вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица, письменно уведомив об этом Страховщика.

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

2.15. В случае если в Договоре страхования Выгодоприобретатель не назначен, то Выгодоприобретателем по Договору страхования признается Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – законный наследник (наследники) Застрахованного лица.

2.16. В случае если в качестве Выгодоприобретателей назначено несколько лиц, в Договоре страхования необходимо указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя, не указана в Договоре страхования, то при наступлении страховых случаев страховая выплата распределяется между всеми Выгодоприобретателями в равных долях.

2.17. В случае если получателем страховой выплаты является:

2.17.1. малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун;

2.17.2. несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остается за самим получателем;

2.17.3. лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;

2.17.4. лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остается за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

2.18. В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в подпунктах 2.17.1, 2.17.3, 2.17.4. настоящих Правил, страховая выплата производится указанным законным представителям получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

4.1. **Страховой риск** – обладающее признаками вероятности и случайности его наступления предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

4.2. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю.

4.3. Страховыми случаями (страховыми рисками) по настоящим Правилам являются:

4.3.1. **Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая** (далее также – **ВУТ в результате НС**) – временная нетрудоспособность Застрахованного лица, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления временной нетрудоспособности в период действия Договора страхования;

4.3.2. **Инвалидность в результате несчастного случая** (далее также – **инвалидность в результате НС**) – постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая:

4.3.2.1. **инвалидность I группы в результате НС** – инвалидность I группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.2.2. **инвалидность II группы в результате НС** – инвалидность II группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.2.3. **инвалидность III группы в результате НС** – инвалидность III группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.2.4. **категория «ребенок – инвалид» в результате НС** – категория «ребенок – инвалид», первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления категории «ребенок – инвалид» в период действия Договора страхования;

4.3.3. **Смерть в результате несчастного случая** (далее также – **смерть в результате НС**) – смерть Застрахованного лица, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования и послужившего причиной смерти в период действия Договора страхования;

4.3.4. **Временная утрата трудоспособности в результате болезни** (далее также – **ВУТ в результате болезни**) – временная нетрудоспособность Застрахованного лица, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления временной нетрудоспособности в период действия Договора страхования;

4.3.5. **Инвалидность в результате болезни** – постоянная утрата трудоспособности в результате заболевания:

4.3.5.1. **инвалидность I группы в результате болезни** – инвалидность I группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.5.2. **инвалидность II группы в результате болезни** – инвалидность II группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.5.3. **инвалидность III группы в результате болезни** – инвалидность III группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и

послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.5.4. категория «ребенок – инвалид» в результате болезни – категория «ребенок – инвалид», первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и послужившего причиной установления категории «ребенок – инвалид» в период действия Договора страхования;

4.3.6. Смерть в результате болезни – смерть Застрахованного лица, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования;

4.3.7. Временная утрата трудоспособности в результате обострения заболевания (далее также – **ВУТ в результате обострения заболевания**) – временная нетрудоспособность Застрахованного лица, явившаяся следствием обострения заболевания (болезни), имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной установления временной нетрудоспособности в период действия Договора страхования;

4.3.8. Инвалидность в результате обострения заболевания – постоянная утрата трудоспособности в результате обострения заболевания:

4.3.8.1. инвалидность I группы в результате обострения заболевания – инвалидность I группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.8.2. инвалидность II группы в результате обострения заболевания – инвалидность II группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.8.3. инвалидность III группы в результате обострения заболевания – инвалидность III группы, первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной установления инвалидности в период действия Договора страхования;

4.3.8.4. категория «ребенок – инвалид» в результате обострения заболевания – категория «ребенок – инвалид», первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной установления категории «ребенок – инвалид» в период действия Договора страхования;

4.3.9. Смерть в результате обострения заболевания – смерть Застрахованного лица, явившаяся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной смерти в период действия Договора страхования;

4.3.10. Смертельно-опасное заболевание (далее также – **СОЗ**) – первичное диагностирование у Застрахованного лица смертельно-опасного заболевания, впервые полученного или развившегося у него в период действия Договора страхования, и/или последствий такого заболевания, предусмотренного включённым в ответственность по Договору страхования Перечнем смертельно-опасных заболеваний в соответствии с Приложением №4«А» или №4«Б» к настоящим Правилам;

4.3.11. Хирургическая операция в результате несчастного случая (далее также – **хирургическая операция в результате НС**) – хирургическая операция, лечебные и диагностические манипуляции, проведенные Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, явившиеся следствием несчастного случая и предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний» (Приложение №3 к настоящим Правилам);

4.3.12. Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни (далее также – **хирургическая операция в результате НСиБ**) – хирургическая операция, лечебные и диагностические манипуляции, проведенные Застрахованному лицу в период

действия Договора страхования, явившиеся следствием несчастного случая или в связи с заболеванием, полученным или развившимся в период действия Договора страхования, и предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний» (Приложение №3 к настоящим Правилам);

4.3.13. **Заражение донора** – заражение Застрахованного лица инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции;

4.3.14. **Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая** (далее также - **постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате НС**) – постоянная полная или частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, если они предусмотрены «Таблицами размеров страховых выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение № 1 к настоящим Правилам);

4.3.15. **Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни** (далее также - **постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате НСиБ**) – постоянная полная или частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, и/или болезни Застрахованного лица в период действия Договора страхования, если они предусмотрены «Таблицами размеров страховых выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение №1 к настоящим Правилам);

4.3.16. **Травма** – телесные повреждения (травматические) повреждения, явившиеся следствием несчастного случая. Указанные события признаются страховыми случаями при условии, если они произошли с Застрахованным лицом в период действия в отношении него Договора страхования вследствие страхового случая, определенного Договором страхования, и сопровождалась причинением Застрахованному лицу вреда здоровью, предусмотренного соответствующей выбранной при заключении Договора страхования Таблицей размеров страховых выплат (Приложения №2«А» или №2«Б», или №2«В», или №2«Г», или №2«Д», или №2 «Е» к настоящим Правилам);

4.3.17. **Утрата профессиональной трудоспособности** – стойкая утрата профессиональной трудоспособности Застрахованного лица в результате несчастного случая или в результате заболевания (болезни), в том числе и в результате профессионального заболевания, полученного или развившегося в период действия Договора страхования, и/или обострения имевшегося на момент заключения Договора страхования заболевания и послужившего причиной установления утраты профессиональной трудоспособности;

4.3.18. **Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая** (далее также – **постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате НС**) – постоянная полная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством Российской Федерации на срок не менее 1 года в период действия Договора страхования, со дня несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования и послужившего непосредственной причиной утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности;

4.3.19. **Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни** – постоянная полная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством Российской Федерации на срок не менее 1 года в период действия Договора страхования, если непосредственной причиной этого явилась болезнь Застрахованного лица в период действия Договора страхования;

4.3.20. **Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая** (далее также – **ВУПТ в результате НС**) – временная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная в период действия Договора страхования вследствие несчастного случая, произошедшего с ним в период действия Договора страхования;

4.3.21. **Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни** (далее также – **ВУПТ в результате болезни**) – временная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная в период действия Договора страхования, вследствие болезни Застрахованного лица в период действия Договора страхования;

4.3.22. **Госпитализация в результате несчастного случая** (далее также – **госпитализация в результате НС**) – госпитализация Застрахованного лица в период действия Договора страхования, явившаяся следствием несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования;

4.3.23. **Госпитализация в результате болезни** – госпитализация Застрахованного лица в период действия Договора страхования, явившаяся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования и послужившего причиной госпитализации Застрахованного лица;

4.3.24. **Госпитализация в результате обострения заболевания** – госпитализация Застрахованного лица в период действия Договора страхования, явившаяся следствием обострения заболевания (болезни), имевшегося на момент заключения Договора страхования и послужившего причиной госпитализации Застрахованного лица;

4.3.25. **Диагностирование болезни, в результате которой была утрачена возможность исполнения профессиональных обязанностей** – развитие в период действия Договора страхования у Застрахованного лица болезни, в результате которой Застрахованное лицо утратило возможность исполнять свои служебные (профессиональные) обязанности по занимаемой должности;

4.3.26. **Диагностирование болезни или причинения иного вреда здоровью** – развитие у Застрахованного лица болезни или причинения иного вреда его здоровью в период действия Договора страхования из числа указанных в «Перечне заболеваний или причинения иного вреда здоровью» в соответствии с Приложением №5 к настоящим Правилам.

4.4. Кроме страховых рисков, указанных в п.4.3. настоящих Правил, **страховыми случаями (страховыми рисками)** могут являться:

4.4.1. **Инфекционная болезнь** – непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного лица общей продолжительностью 7 и более дней в период действия Договора страхования по поводу развившейся и диагностированной у него в период действия Договора страхования инфекционной болезни из числа предусмотренных выбранным при заключении Договора страхования вариантом или вариантами, указанными в п.4.5. настоящих Правил;

4.4.2. **Инвалидность в результате инфекционной болезни** – первично установленная Застрахованному лицу инвалидность (независимо от группы, категории) в период действия Договора страхования, явившаяся следствием инфекционной болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, из числа предусмотренных выбранным при заключении Договора страхования вариантом или вариантами, указанным в п.4.5. настоящих Правил;

4.4.3. **Смерть в результате инфекционной болезни** – смерть Застрахованного лица в период действия Договора страхования, явившаяся следствием инфекционной болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, из числа предусмотренных выбранным при заключении Договора страхования вариантом или вариантами, указанным в п.4.5. настоящих Правил;

4.4.4. **Присасывание клеща** – однократное в течение срока действия Договора страхования извлечение у Застрахованного лица присосавшегося иксодового клеща в сочетании с экстренной иммунопрофилактикой клещевых инфекций, при условии, что указанные мероприятия проведены в медицинском учреждении и на платной основе;

4.4.5. **ВИЧ-инфицирование** – ВИЧ-инфицирование Застрахованного лица, наступившее и впервые диагностированное в период действия Договора страхования;

4.4.6. **Диагностирование заболевания СПИД** – развитие и диагностирование у Застрахованного лица в период действия Договора страхования СПИДа (независимо от срока его лечения).

4.5. В настоящих Правилах предусматриваются **следующие комбинации инфекционных болезней** по вариантам:

4.5.1. Основные варианты:

4.5.1.1. **Вариант I:** заболевание ботулизмом, бруцеллезом, брюшным тифом, паратифом (независимо от типа), вирусным гепатитом, за исключением типа «А», трихинеллезом, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.4.4.1., пп.4.4.2. и пп.4.4.3. настоящих Правил.

4.5.1.2. **Вариант II:** заболевание геморрагической лихорадкой (независимо от вида), клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), клещевым эрлихиозом, менингококковой инфекцией, холерой, вирусным клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), присасывание иксодового клеща с угрозой заражения указанными выше клещевыми инфекциями, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.4.4.1., пп.4.4.2. и пп.4.4.3. Правил страхования, а также платная иммунизация от клещевого энцефалита в случае присасывания клеща (пп.4.4.4 настоящих Правил).

4.5.1.3. **Вариант III:** заболевание бешенством, дифтерией, полиомиелитом, столбняком, эпидемическим паротитом, ящуром, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.4.4.1., пп.4.4.2. и пп.4.4.3. настоящих Правил.

4.5.1.4. **Вариант IV:** заболевание сибирской язвой, чумой, натуральной оспой, эпидемическим сыпным тифом, туляремией, мелиоидозом, пситтакозом, Q-лихорадкой, «птичьим» гриппом, «свиным» гриппом, сопровождающиеся последствиями, перечисленными в пп.4.4.1., пп.4.4.2. и пп.4.4.3. настоящих Правил.

4.5.1.5. **Вариант V:** заболевание вирусным гепатитом, за исключением типа «А», сифилисом, туберкулёзом, сопровождающееся последствиями, перечисленными в пп.4.4.1., пп.4.4.2. и пп.4.4.3. настоящих Правил.

4.5.2. Дополнительный вариант:

4.5.2.1. **Вариант VI** (который применяется только в сочетании с вариантом (вариантами) из числа вариантов I – V, предусмотренных подпунктами 4.5.1.1.-4.5.1.5. настоящих Правил): заболевание СПИДом, сопровождающееся последствиями, перечисленными в пп.4.4.3., пп.4.4.5. и пп.4.4.6. настоящих Правил.

4.6. При заключении Договора страхования, Страховщик и Страхователь могут договориться об исключении из страховой ответственности отдельных заболеваний из числа предусмотренных вариантом или вариантами, перечисленными в п.4.5. настоящих Правил.

4.7. Только если это прямо указано в Договоре страхования, признаются страховыми случаями:

4.7.1. события, предусмотренные пп.4.3.2.1. – 4.3.2.4., 4.3.3. настоящих Правил и явившиеся следствием несчастного случая, имевшего место в период действия Договора страхования, если они (события) наступили в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня наступления несчастного случая;

4.7.2. события, предусмотренные пп. 4.3.5.1. – 4.3.5.4., 4.3.6. настоящих Правил и явившиеся следствием заболевания (болезни), полученного или развившегося в период действия Договора страхования, если они (события) наступили в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня впервые диагностированного заболевания (болезни);

4.7.3. события, предусмотренные пп.4.3.8.1. – 4.3.8.4., 4.3.9. настоящих Правил и явившиеся следствием обострения заболевания, имевшегося на момент заключения Договора страхования, если они (события) наступили в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня обострения заболевания;

4.7.4. событие, предусмотренное пп.4.3.17. настоящих Правил и явившееся следствием несчастного случая или заболевания (болезни), в том числе профессионального заболевания, полученного или развившегося в период действия Договора страхования, и/или обострения имевшегося на момент заключения Договора страхования заболевания, если оно (событие) наступило в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня наступления несчастного случая или впервые диагностированного заболевания, в том числе профессионального заболевания, и/или обострения заболевания;

4.7.5. событие, предусмотренное пп.4.3.18. настоящих Правил и явившееся следствием несчастного случая, если оно (событие) наступило в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня наступления несчастного случая;

4.7.6. событие, предусмотренное пп. 4.3.19. настоящих Правил и явившееся следствием болезни Застрахованного лица в период действия Договора страхования, если оно (событие) наступило в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня болезни, наступившей в период действия Договора страхования;

4.7.7. события, предусмотренные пп. 4.4.2. и пп. 4.4.3. настоящих Правил и явившиеся следствием инфекционной болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, из числа предусмотренных выбранным при заключении Договора страхования вариантом или вариантами, указанным в п.4.5. настоящих Правил, если они (события) наступили в течение пост-активного периода, равного сроку страхования (но не менее 3-х и не более 12-ти месяцев, если иное не предусмотрено в Договоре страхования) со дня развития и диагностирования у Застрахованного лица инфекционной болезни.

4.8. Договор страхования может быть заключен по соглашению Страховщика и Страхователя с ответственностью по одному или сразу нескольким страховым рискам из числа перечисленных в п.4.3. и/или п.4.4. настоящих Правил, при этом включение в Договор страхования страхового риска по смерти (пп. 4.3.3. или пп.4.3.6. или пп.4.3.9 настоящих Правил) является обязательным, если иное не установлено в Договоре страхования.

В случае если Застрахованным лицом является ребенок до 18-ти лет, обязательное включение страхового риска по смерти заменяется на обязательное включение страхового риска по инвалидности (пп. 4.3.2.4. или пп.4.3.5.4. или пп.4.3.8.4. настоящих Правил), если иное не установлено в Договоре страхования.

4.9. Страховые риски / страховые случаи, предусматривающие установление группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу (подпункты 4.3.2.1 – 4.3.2.4., 4.3.5.1. – 4.3.5.4., 4.3.8.1. – 4.3.8.4. настоящих Правил), в Договоре страхования могут указываться отдельно или комбинировано. Например, в Договоре страхования может быть указан риск «Инвалидность I или II группы в результате НС», или же «Инвалидность I группы в результате болезни» и т.д.

4.10. Договором страхования может быть предусмотрено ограниченное количество страховых случаев, произошедших в течение срока действия Договора страхования, как по одному, так и нескольким страховым рискам, включенным в Договор страхования.

4.11. В Договоре страхования могут быть конкретизированы заболевания (болезни), предусмотрен их ограниченный перечень, за наступление (диагностирование) и/или последствия, и/или обострение которых Страховщик несёт страховую ответственность.

4.12. В Договоре страхования могут быть конкретизированы несчастные случаи в соответствии с пп. 1.8.2.2. настоящих Правил.

4.12.1. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования несчастные случаи не конкретизированы, то считается, что:

4.12.1.1. по риску «Смерть в результате НС» (пп.4.3.3. настоящих Правил) к несчастным случаям относятся события, указанные в пп.1.8.2.1.1. - 1.8.2.1.6. настоящих Правил;

4.12.1.2. по риску «ВУТ в результате НС» (пп.4.3.1. настоящих Правил), рискам инвалидности в результате НС (пп.4.3.2.1. – 4.3.2.4. настоящих Правил), риску «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» (пп.4.3.20. Правил), риску «Травма» (пп.4.3.16 Правил) к несчастным случаям относятся события, указанные в пп.1.8.2.1.1. - 1.8.2.1.4. настоящих Правил;

4.12.1.3. по рискам Хирургическая операция в результате несчастного случая» (пп.4.3.11. Правил) и «Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни» (пп.4.3.12. Правил), рискам «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» (пп.4.3.14 Правил) и «Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» (пп.4.3.15. Правил), риску «Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате НС» (пп.4.3.18. Правил), риску «госпитализация в результате НС» (пп.4.3.22. Правил) к

несчастным случаям относятся события, указанные в пп.1.8.2.1.1. - 1.8.2.1.3. настоящих Правил.

4.13. Факт наступления с Застрахованным лицом событий, предусмотренных в п.4.3. или п.4.4. настоящих Правил, должен подтверждаться документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, органами МСЭ, судом и т.д.).

4.14. В Договоре страхования могут быть определены **конкретные периоды действия страховой защиты** в отношении Застрахованного лица:

4.14.1. 24 часа в сутки (круглосуточно);

4.14.2. на период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, исключая путь следования к месту работы и обратно (далее - производство);

4.14.3. на период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, а также в пути следования к месту работы (далее – производство и дорога на работу);

4.14.4. на период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, а также в пути следования к месту работы и с работы (далее – производство и дорога на работу и с работы);

4.14.5. в быту;

4.14.6. на время нахождения Застрахованного лица на отдыхе по санаторно-курортной путевке;

4.14.7. на время проведения мероприятий, определенных Договором страхования;

4.14.8. на время совершения Застрахованным лицом каких-либо специфических действий (например, участия в соревнованиях и тренировочных занятиях и т.п.);

4.14.9. на время поездки Застрахованного лица в качестве пассажира (туриста-экскурсанта) на транспорте, который указан в Договоре страхования;

4.14.10. на период пребывания Застрахованного лица в определенном Договором страхования месте.

4.15. По настоящим Правилам **страховыми случаями (страховыми рисками) не являются** следующие события:

4.15.1. произошедшие с лицами, которые на момент заключения Договора страхования относились к категориям лиц, указанным в п.2.5. настоящих Правил (с учетом положений п.2.6. настоящих Правил);

4.15.2. произошедшие с лицами, которые на момент заключения Договора страхования относились к категориям лиц, указанным в п.2.5. настоящих Правил (за исключением случаев заключения Договоров страхования, в которых прямо сказано о принятии на страхование лица, относящегося к категории лиц из числа перечисленных в п.2.5. настоящих Правил);

4.15.3. наступившие в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления, потребления алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной дозировки), если только прием Застрахованным лицом перечисленных веществ не был осуществлен помимо его собственной воли в результате противоправных действий третьих лиц;

4.15.4. наступившие в результате совершения Застрахованным лицом в возрасте 14 лет и старше, или Страхователем или Выгодоприобретателем, а также совершения лицами, действующими по их поручению, действий, повлиявших на наступление страхового случая, в которых следственными органами или судом установлены признаки умышленного преступления;

4.15.5. наступившие в результате управления любым транспортным средством Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также не имеющим прав на вождение транспортного средства данной категории или передачи управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо лицу, не имеющему права на вождение транспортного средства данной категории. При этом данное исключение не распространяется на случаи нахождения Застрахованного лица в состоянии опьянения, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния помимо его собственной воли противоправными действиями третьих лиц;

4.15.6. наступившие в результате террористических актов (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.15.7. наступившие в результате воздействия любых видов радиационного облучения или наступившие в результате использования ядерной энергии (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.15.8. наступившие в результате участия Застрахованного лица в любых авиационных перелетах (если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом), за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, осуществляемого лицензированным для перевозки пассажиров авиаперевозчиком, и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.15.9. наступившие в результате непосредственного участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.15.10. наступившие в результате заболевания Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией или СПИДом, а также заболеваний, связанных со СПИДом, если к этому времени Договор страхования действовал менее 6 (шести) месяцев. При этом данное исключение не распространяется на случаи заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией и страховыми случаями признаются случаи заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией:

4.15.10.1. вызванные заведомым поставлением Застрахованного лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией (за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было поставлено в известность об опасности заражения ВИЧ-инфекцией и добровольно согласилось совершать действия, создавшие опасность заражения);

4.15.10.2. вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

4.15.10.3. если в ответственность по Договору страхования включены страховые риски, предусмотренные пп.4.4.5. (страховой риск «ВИЧ-инфицирование») и/или пп.4.4.6. (страховой риск «Диагностирование заболевания СПИД») настоящих Правил;

4.15.11. произошедшие в результате ВИЧ-инфицирования Застрахованного лица, наступившего до вступления Договора страхования в силу;

4.15.12. наступившие в результате занятий профессиональным или любительским спортом (активным отдыхом), участия в спортивных соревнованиях (если иное не предусмотрено Договором страхования);

4.15.13. наступившие в результате несоблюдения Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима;

4.15.14. наступившие в результате несоблюдения Застрахованным лицом требований противоэпидемического режима, установленного органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

4.15.15. наступившие в результате применения Застрахованным лицом лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет по отношению к себе или поручает другому лицу, без назначения врача;

4.15.16. наступившие в результате патологического перелома;

4.15.17. наступившие в результате врожденных заболеваний;

4.15.18. наступившие в результате косметических или пластических операций без медицинских показаний;

4.15.19. наступившие в результате полученного Застрахованным лицом травматического повреждения, имевшего место до вступления в действие в отношении него Договора страхования, а также последствий такого травматического повреждения;

4.15.20. наступившие в результате заболевания алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, гепатитом, передающимся парентеральным путем, а также венерических заболеваний, или производных от них болезней (за исключением заболеваний, явившихся следствием противоправных действий третьих лиц);

4.15.21. наступившие в результате беременности, родов и/или их осложнений, прерывания беременности у Застрахованного лица в течение первых 6 (шести) месяцев действия Договора страхования (если данное событие не включено в Договор страхования) (кому это применимо);

4.15.22. наступившие в результате санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (их последствий), за исключением заболевания, предусмотренного Договором страхования и развившегося вследствие введения вакцины;

4.15.23. наступившие в результате действий Застрахованного лица, связанных с развившимся у него психическим заболеванием, в результате психических расстройств и расстройств поведения вне зависимости от их классификации;

4.15.24. наступившие в результате хирургической операции, связанной с беременностью и родами, абортами, имплантацией, удалением, восстановлением зуба, и другими операциями на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока действия Договора страхования), оперативным лечением ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, вскрытием воспалений кожи, тканей и суставов, удалением шовного материала, пластической и косметической операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока действия Договора страхования), хирургической операции, прямо или косвенно связанной с заболеванием СПИДом, диагностики методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, удаления непролиферирующих опухолей in-situ, операции, связанной со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы, операции по смене пола, стерилизации (по страховым рискам «Хирургическая операция в результате НС» и «Хирургическая операции в результате НСиБ»);

4.15.25. наступившие в результате госпитализации, связанной с беременностью и родами, абортами, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока действия Договора страхования), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (по страховым рискам «Госпитализация в результате НС», «Госпитализация в результате болезни», «Госпитализация в результате обострения заболевания»);

4.15.26. наступившие в результате временной нетрудоспособности по уходу за ребенком или членом семьи, временной утраты трудоспособности вследствие беременности или ее прерывания, лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного), заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины (по страховым рискам «ВУТ в результате НС», «ВУТ в результате болезни», «ВУТ в результате обострения заболевания»);

4.15.27. наступившие в результате перенесения Застрахованным лицом одного из СОЗ, установления Застрахованному лицу группы инвалидности, диагностирования ВИЧ и СПИД на дату заключения Договора страхования; нарушения коронарных артерий, болезнью сахарным диабетом, атеросклерозом, заболеваниями периферических кровеносных сосудов, тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы, неврологическими и психическими заболеваниями, алкоголизмом или наркоманией (по страховому риску «СОЗ»);

4.15.28. наступившие вследствие умысла Застрахованного лица (Страхователя или Выгодоприобретателя), повлекшего наступление страхового случая.

Страховщик не освобождается от страховой выплаты, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договоры страхования от несчастных случаев и / или болезней с данным Страховщиком действовали в отношении данного Застрахованного лица не менее двух лет подряд.

4.16. В Договоре страхования могут быть предусмотрены иные события, которые не будут являться страховыми случаями.

4.17. В Договоре страхования может быть предусмотрен период ожидания (п.1.8.32. настоящих Правил).

4.18. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан период ожидания, то считается, что установлен следующий период ожидания:

4.18.1. по риску «ВУТ в результате НС» (пп. 4.3.1. настоящих Правил в случае страхования на условиях п.12.5.2 Правил) – 10 (десять) календарных дней,

4.18.2. по риску «ВУТ в результате болезни» (пп. 4.3.4. настоящих Правил) – 14 (четырнадцать) календарных дней,

4.18.3. по риску «ВУТ в результате обострения заболевания» (пп. 4.3.7. настоящих Правил) – 14 (четырнадцать) календарных дней,

4.18.4. по риску «ВУПТ в результате НС» (пп. 4.3.20. настоящих Правил) – 10 (десять) календарных дней,

4.18.5. по риску «ВУПТ в результате болезни» (пп. 4.3.21. настоящих Правил) – 14 (четырнадцать) календарных дней,

4.18.6. по риску «Госпитализация в результате НС» (пп. 4.3.22. настоящих Правил) – 10 (десять) календарных дней,

4.18.7. по риску «Госпитализация в результате болезни» (пп. 4.3.23. настоящих Правил) – 14 (четырнадцать) календарных дней,

4.18.8. по риску «Госпитализация в результате обострения заболевания» (пп. 4.3.24. настоящих Правил) – 14 (четырнадцать) календарных дней.

5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

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

5.2. **Территория страхования** – определенная в Договоре страхования территория (страна, область, маршрут и т.п.), в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

5.3. Если территория страхования не указана в Договоре страхования, то территорией страхования считается территория Российской Федерации.

5.4. Общим исключением из территории страхования являются (если иное не предусмотрено Договором страхования) районы (зоны) военных действий, вооруженных конфликтов, чрезвычайных положений, гражданских волнений, районы действия незаконных вооруженных формирований, территории проведения контртеррористических операций, и территории, объявленные зоной стихийных бедствий до заключения Договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная Договором страхования при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая с Застрахованным лицом.

6.2. Страховая сумма для каждого Застрахованного лица указывается в Договоре страхования (Страховом полисе) и устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

6.3. По соглашению сторон для Застрахованного лица страховая сумма может быть установлена:

6.3.1. в виде единой страховой суммы по всем или по определённым страховым рискам, включенным в Договор страхования,

6.3.2. в виде отдельных индивидуально определенных страховых сумм по каждому страховому риску, включенному в Договор страхования. Величина страховой суммы может быть как одинаковой, так и разной для каждого из включенных в Договор страхования страховых рисков (страховых случаев).

6.4. Если в Договоре страхования предусмотрена единая страховая сумма, то общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом в течение срока действия Договора страхования, не может превышать размер единой страховой суммы.

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

6.6. Если в Договоре страхования предусмотрены отдельные страховые суммы по каждому страховому риску, то общая сумма страховых выплат за весь срок страхования по любому принятому на страхование страховому риску, не может превышать размера отдельной страховой суммы по данному страховому риску.

6.7. По соглашению Страхователя со Страховщиком страховая сумма может быть увеличена или уменьшена, при этом происходит перерасчет страховой премии. Увеличение и уменьшение страховой суммы оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.

6.8. Страхователь по желанию может дополнительно к действующему Договору страхования заключить новый Договор страхования. В этом случае новый Договор страхования действует независимо от ранее заключенного Договора страхования.

6.9. При заключении Договора страхования в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску) может указываться в Договоре страхования, если они одинаковые, или в Списке Застрахованных лиц (Приложение №8 к настоящим Правилам), если они отличаются.

Список Застрахованных лиц прилагается к Заявлению на страхование физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее – Заявление на страхование) (Приложение №11 к настоящим Правилам) и является составной и неотъемлемой частью Договора страхования. Формы Списка Застрахованных лиц и Заявления на страхование являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного Договора страхования, а также пп.1.8.1. настоящих Правил, при соблюдении законодательства Российской Федерации.

6.10. Если страхованию подлежат все работники Страхователя или все физические лица, объединенные другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования, Список Застрахованных лиц может не оформляться, а численность Застрахованных лиц, если иное не определено в Договоре страхования, устанавливается в соответствии с их фактической численностью на день подачи Страхователем Заявления на страхование и указывается в нём. В этом случае размер страховой суммы, устанавливаемой в отношении каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску), указывается в Договоре страхования.

6.11. Если объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью застрахованных пассажиров и водителя транспортного средства, страховая сумма является агрегатной и устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

Договор страхования по соглашению Страхователя и Страховщика в отношении застрахованных пассажиров и водителя транспортного средства может быть заключен:

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

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

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

- 40 % общей страховой суммы, если пострадало одно Застрахованное лицо;
- 35 % общей страховой суммы, если пострадали два Застрахованных лица;
- 30 % общей страховой суммы, если пострадали три Застрахованных лица;

– долю общей страховой суммы в процентах, составляющую результат, полученный от деления 100 % общей страховой суммы на общее число пострадавших – если пострадали четыре и более Застрахованных лица.

6.12. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте (далее - страхование с валютным эквивалентом).

7. ФРАНШИЗА

7.1. **Франшиза** – предусмотренная Договором страхования часть страхового обеспечения Застрахованного лица, не подлежащая выплате Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

7.2. Франшиза устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, указывается в Договоре страхования и действует по каждому страховому случаю.

Франшиза устанавливается отдельно по каждому страховому риску, включенному в Договор страхования.

Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому случаю.

7.3. В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

7.3.1. Под условной франшизой понимается величина страхового обеспечения, не выплачиваемого Страховщиком, если величина страхового обеспечения не превышает величину условной франшизы, и полностью выплачиваемого Страховщиком, если величина страхового обеспечения превышает величину условной франшизы.

7.3.2. Под безусловной франшизой понимается величина страхового обеспечения, не выплачиваемого Страховщиком, которая вычитается из суммы страхового обеспечения (величина страхового обеспечения, не превышающая величину безусловной франшизы, выплате Страховщиком не подлежит).

7.4. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования установлена франшиза, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

8.1. **Страховая премия** – денежная сумма, уплачиваемая Страхователем Страховщику в качестве платы за страхование, в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

8.2. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. По Договорам страхования с валютным эквивалентом страховая премия уплачивается в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления). Все расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим валютным законодательством.

8.3. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии со страховыми тарифами, действующими на момент заключения Договора страхования, с учетом размера страховой суммы, страхового риска и срока страхования.

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

8.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им базовые страховые тарифы (Приложение №6 к настоящим Правилам).

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год.

8.6. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа устанавливается в Договоре страхования в зависимости от срока страхования, пола и возраста Застрахованного лица, профессиональной принадлежности, рода деятельности Застрахованного лица, увлечений, образа жизни Застрахованного лица, территории страхования, объема страхового покрытия, результатов медицинского освидетельствования, численности группы, наличия франшизы, её вида и размера, периода действия страховой защиты и других факторов, влияющих на величину страхового риска.

8.7. По Договору страхования, заключаемому на срок менее одного года (краткосрочный договор), к базовым страховым тарифам применяется коэффициент краткосрочности, который определяется по таблице:

Срок страхования в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коэффициент краткосрочности	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

8.8. По Договору страхования, заключаемому на срок более одного года (долгосрочный договор), к базовым страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется так: количество месяцев, на которые заключается Договор страхования, делится на 12.

8.9. При страховании на срок менее месяца страховая премия рассчитывается в размере 0,07% годовой тарифной ставки за каждый день действия Договора страхования.

8.10. При установлении отдельных страховых сумм по страховым рискам общий размер страховой премии по Договору страхования определяется суммированием страховых премий по каждому застрахованному риску.

При установлении единой страховой суммы страховая премия определяется путем умножения единой страховой суммы на страховой тариф.

8.11. Страховая премия уплачивается единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами), безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю.

При уплате страховой премии рассроченным платежом в Договоре страхования стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежей, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей и другие положения о порядке и условиях уплаты страховой премии.

8.12. При заключении краткосрочного Договора страхования (сроком страхования менее одного года) рассрочка по уплате страховой премии не предоставляется, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.13. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика/ представителя Страховщика при уплате безналичным платежом или день поступления наличных денежных средств в кассу Страховщика / представителя Страховщика, действующего в соответствии с предоставленными ему Страховщиком полномочиями.

Датой поступления наличных денежных средств к представителю Страховщика считается день выдачи представителем Страховщика соответствующего платежного документа по форме, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации, устанавливающим порядок расчетов в Российской Федерации, подтверждающего факт приема денежных средств.

8.14. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный срок, или уплаты в объеме меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не заключенным, если Договором страхования не предусмотрено иное. Фактически уплаченная при этом Страхователем страховая премия подлежит возврату Страхователю в фактически уплаченном размере.

8.15. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата Страхователем по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования срок и/или размере очередного страхового взноса безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя (Выгодоприобретателя) на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 24 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты соответствующего страхового взноса.

8.15.1. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

8.15.2. При досрочном прекращении Договора страхования в связи с неуплатой (неполной уплатой) Страхователем суммы очередного страхового взноса, специальное письменное уведомление Страховщиком Страхователя о прекращении действия Договора страхования не требуется, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.15.3. Страховщик вправе в любое время направить письменное уведомление Страхователю исключительно в целях его информирования о порядке применения данного пункта Правил, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.15.4. Действия Страховщика, направленные на установление факта ущерба и размера ущерба, совершенные Страховщиком после неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок, либо уплаты очередного страхового взноса в меньшем размере, чем это предусмотрено Договором страхования, не рассматриваются Сторонами как подтверждение продолжения действия Договора страхования.

8.16. Если на дату наступления страхового случая страховая премия за весь период действия Договора страхования уплачена не полностью, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов, Страхователь по письменному требованию Страховщика обязан в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты предъявления такого требования произвести уплату страховой премии (недостающей части страховых взносов) до указанной в Договоре страхования годовой величины страховой премии.

В случае направления требования о досрочной уплате суммы страховой премии до годовой, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате до момента получения указанной в таком требовании суммы страховой премии (страхового взноса).

Иные последствия неисполнения требования о досрочной уплате страхового взноса могут быть предусмотрены Договором страхования.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

9.1. Страхователь имеет право заключить Договор страхования на случай наступления любого одного или нескольких событий из числа указанных в п.4.3 и/или п.4.4. настоящих Правил с учетом положений п.4.8. настоящих Правил.

9.2. Договор страхования не заключается в отношении лиц:

9.2.1. возрастом которых превышает 64 года – по рискам «Хирургическая операция в результате несчастного случая», «Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни», «Госпитализация в результате несчастного случая», «Госпитализация в результате болезни», «Госпитализация в результате обострения заболевания», если иное прямо не предусмотрено Договором страхования со ссылкой на данный пункт Правил;

9.2.2. неработающих – по рискам «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» (в случае применения п.12.5.2 Правил), «Временная утрата трудоспособности в результате болезни», «Временная утрата трудоспособности в результате обострения заболевания», «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая», «Временная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни».

9.3. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное Заявление на страхование от Страхователя. При этом письменное Заявление на страхование составляется Страхователем по форме, установленной Страховщиком.

Форма Заявления на страхование, прилагаемая к настоящим Правилам (Приложение №10 или Приложение №11), является типовой, и Страховщик оставляет за собой право

вносить в неё изменения и дополнения в соответствии с условиями заключаемого Договора страхования при соблюдении законодательства Российской Федерации.

9.4. Страхователь вправе иным (не письменным) способом заявить о своем намерении заключить Договор страхования. В этом случае Страхователь сообщает Страховщику: данные Страхователя (для Страхователей - физических лиц: фамилию, имя, отчество (при наличии), год, месяц и дату рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, а также наименование органа его выдавшего и дата выдачи), адрес регистрации/проживания и телефон; для Страхователей - юридических лиц: полное наименование, реквизиты организации), а также следующие сведения в отношении каждого из лиц, которые будут являться Застрахованными лицами:

9.4.1. при заключении Договора индивидуального страхования – фамилию, имя, отчество (при наличии); год, месяц и дату рождения; пол; должность / профессию; хобби заявленных на страхование потенциальных Застрахованных лиц; срок страхования; период действия страховой защиты; территорию страхования; валюту Договора страхования; перечень страховых рисков; страховые суммы; информацию о состоянии здоровья Застрахованных лиц (рост, вес, имеющиеся в настоящее время и в анамнезе заболевания, перенесенные ранее травмы); информацию о назначаемых потенциальными Застрахованными лицами Выгодоприобретателях;

9.4.2. при заключении Договора коллективного страхования – должности / профессии заявленных на страхование потенциальных Застрахованных лиц; количество лиц, заявленных на страхование; предполагаемую (желаемую) дату начала Договора страхования; срок страхования; период действия страховой защиты; территорию страхования; валюту Договора страхования; особые условия запроса (например, нестандартный список исключений); перечень страховых рисков; страховые суммы.

К Заявлению на страхование Страхователь прилагает Список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии); года, месяца и даты рождения; пола, должности / профессии; адреса регистрации / проживания Застрахованных лиц; назначенных ими Выгодоприобретателей.

9.5. С целью определения правоспособности Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к заключению Договоров страхования Страховщик вправе запросить и проверить у Страхователя следующие документы:

9.5.1. у Страхователей - резидентов Российской Федерации (юридических лиц/индивидуальных предпринимателей):

- учредительные документы (Устав, изменения в Устав (при их наличии));
- документ, удостоверяющий личность подписанта договора страхования;
- свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- выписка из ЕГРЮЛ - для юридических лиц, выписка из ЕГРИП - для индивидуальных предпринимателей (выданная инспекцией Федеральной налоговой службы Российской Федерации). Временный период между датой выдачи выписки из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) и датой ее представления Страховщику не должен превышать 30 календарных дней;
- информационное письмо об учете в ЕГРПО (с кодами статистики);
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего договор страхования от имени контрагента (решение полномочного органа контрагента об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д.), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), приказы о назначении на должность и об отстранении ранее действовавшего руководителя (если назначался), доверенность на подписание договора страхования с образцом подписи (в случае подписания договора страхования не единоличным исполнительным органом);
- решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами контрагента и/или действующим законодательством Российской Федерации.

9.5.2. у Страхователей - резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- документ, удостоверяющий личность подписанта договора страхования;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- согласие на обработку персональных данных;
- свидетельство о браке,
- свидетельство о перемене имени.

9.5.3. у иностранных контрагентов (нерезидентов Российской Федерации):

- документы, подтверждающие правоспособность иностранного контрагента (регистрацию иностранного юридического лица);
- положение о филиале, представительстве, в случае если иностранный контрагент действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;
- документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего договор страхования от имени иностранного контрагента;
- документы, подтверждающие легальность нахождения на территории Российской Федерации и осуществления трудовой деятельности для граждан иностранных государств (вид на жительство в Российской Федерации, разрешение на временное проживание в Российской Федерации, разрешение на работу иностранному гражданину, иные документы, установленные действующим законодательством Российской Федерации).

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом.

9.6. Страховщик вправе принять дополнительные меры по проверке благонадежности предполагаемого партнера (Страхователя) и дополнительно обратиться к Страхователю за представлением следующих документов:

- справка о наличии недоимки или переплаты в бюджет на дату заключения Договора страхования (подписания дополнительного соглашения о пролонгации Договора страхования);
- копия налоговой декларации по НДС за последний отчетный период с отметкой налогового органа;
- копия бухгалтерского баланса контрагента за последний отчетный период, с отметкой налогового органа;
- копия отчет о прибылях и убытках контрагента за последний отчетный период, с отметкой налогового органа;
- копия договора аренды помещения, по которому зарегистрирован контрагент;
- копия договора страхования аренды помещения, по которому зарегистрирован контрагент;
- копия банковской карточки с образцами подписей и оттиска печати. результаты аудиторской проверки;
- копия аудиторского заключения.

У контрагентов, применяющих УСН, ЕНВД, Страховщик вправе запросить документ, подтверждающий возможность применения контрагентом УСН, ЕНВД, а также копию соответствующей налоговой декларации, представляемой в налоговый орган в связи с применением контрагентом УСН, ЕНВД за последний налоговый период, либо выданный налоговыми органами документ, подтверждающий применение контрагентом УСН, ЕНВД на момент заключения.

9.7. Документы, указанные в п.9.5. и п.9.6. настоящих Правил, предоставляются в виде оригиналов для свидетельствования представителем Страховщика (в соответствии с наделенными полномочиями на заверение копий документов) верности копии с подлинника или в виде копий, удостоверенных в предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

9.8. При заключении Договора страхования с целью подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, в целях идентификации Застрахованного лица Страховщик вправе запросить документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица (паспорт гражданина Российской Федерации или иного государства, гражданином которого

является Страхователь или Застрахованное лицо, свидетельство о рождении), копию свидетельства о браке, свидетельство о перемене имени Застрахованного лица.

9.9. Страховщик имеет право произвести предварительное анкетирование лица (лиц), подлежащего страхованию, используя установленную Страховщиком форму Анкеты Застрахованного лица о состоянии здоровья (Приложение №12 к настоящим Правилам),

9.10. По результатам анкетирования Страховщик вправе потребовать предоставления следующих документов:

9.10.1. клинический анализ мочи (химический и микроскопический),

9.10.2. клинический развернутый анализ крови,

9.10.3. биохимический анализ крови,

9.10.4. серологическое исследование крови: маркеры вирусов гепатитов «В», «С», «Д», «Е»,

9.10.5. исследование крови на ВИЧ,

9.10.6. анализ крови на ПСА,

9.10.7. заключение ЭКГ с отведениями в покое,

9.10.8. заключение ЭКГ с отведениями в покое и с нагрузочной пробой (велоэргометрия или тредмил-тест),

9.10.9. исследование функции внешнего дыхания,

9.10.10. ЭХО-кардиография,

9.10.11. ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек,

9.10.12. ультразвуковое исследование молочных желез или маммография,

9.10.13. Листок(-ки) нетрудоспособности;

9.10.14. справка из ЛПУ с указанием диагноза, сроками лечения, результатами обследования;

9.10.15. амбулаторная карта (выписка из амбулаторной карты), выписка из истории болезни, обменная карта, выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения;

9.10.16. акт о несчастном случае на производстве по форме Н- 1;

9.10.17. акт о расследовании несчастного случая на производстве с возможным инвалидным исходом;

9.10.18. справка из учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ);

9.10.19. копия направления на МСЭ, справка из ЛПУ с указанием диагноза, по поводу которого установлена группа инвалидности;

9.10.20. акт о профессиональном заболевании;

9.10.21. справки из диспансеров по месту жительства (психоневрологического, онкологического, кожно-венерологического, противотуберкулезного) о постановке/снятии с учета; справки учреждений эпидемиологического надзора.

9.11. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным лицом.

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

Медицинское освидетельствование проводится за счет Страхователя или заявленного на страхование лица, если иное не предусмотрено в Договоре страхования. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

9.12. Дополнительно для оценки степени страхового риска, размера страховых сумм, Страховщик вправе потребовать предоставления следующих документов:

9.12.1. документы, подтверждающие легальность нахождения потенциального Застрахованного лица на территории Российской Федерации и осуществления трудовой деятельности для граждан иностранных государств (вид на жительство в Российской Федерации, разрешение на временное проживание в Российской Федерации, разрешение

на работу иностранному гражданину, иные документы, установленные действующим законодательством Российской Федерации);

9.12.2. документы, подтверждающие доходы потенциального Застрахованного лица (налоговые декларации, справку о доходах);

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

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

9.12.5. копия решения кредитного комитета или кредитного договора, заверенная кредитным учреждением (Банком);

9.12.6. штатное расписание (заверенная выписка из Штатного расписания), Судовая роль;

9.12.7. копии ранее заключенных в отношении потенциального Застрахованного лица договоров страхования, заявлений о страховании, оформленных при их заключении.

9.13. Дополнительно Страховщик имеет право запросить следующие сведения:

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

9.13.2. письменное разрешение родителей/законных представителей Застрахованного лица на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки;

9.13.3. письменное пояснение о причинах выхода Застрахованного лица на пенсию до наступления установленного Законодательством Российской Федерации пенсионного возраста;

9.13.4. письменное пояснение Застрахованного лица о наличии/отсутствии воинского звания и права на ношение оружия;

9.13.5. письменное пояснение Застрахованного лица о должностных обязанностях, в том числе выезды на объекты, наличие командировок, вахтового метода работы;

9.13.6. письменное уточнение о смене профессии/места работы Застрахованного лица за последние 6 месяцев и причинах изменений;

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

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

9.13.9. письменные уточнения родственных отношений Застрахованного лица;

9.13.10. письменное уточнение наличия дополнительного дохода Застрахованного лица, и его источников;

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

9.14. На основании представленных сведений Страховщик имеет право увеличить размер страховой премии, предложить снизить страховые суммы или предложить покрытие по другим рискам.

9.15. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования или приостановить рассмотрение Заявления на страхование в случае, если потенциальное Застрахованное лицо на дату Заявления на страхование страдает заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (заболевание или состояние, травма или иное расстройство здоровья, способное привести к инвалидности, длительной (более 2-х недель) утрате

трудоспособности, госпитализации, необходимости проведения хирургической операции), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Страховщик также вправе отложить заключение Договора страхования, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно.

Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в случае, если впоследствии будет установлено, что Застрахованное лицо на дату заключения Договора страхования страдало заболеванием (заболевание или состояние, травма или иное расстройство здоровья, способное привести к инвалидности, длительной (более 2-х недель) утрате трудоспособности, госпитализации, необходимости проведения хирургической операции).

9.16. Выгодоприобретателя по Договору страхования назначает Страхователь с письменного согласия Застрахованного лица. Если Застрахованное лицо является недееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица осуществляется Страхователем по согласованию с опекуном Застрахованного лица.

9.17. Договор страхования заключается в письменной форме и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

9.17.1. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, установленной Страховщиком формы (Приложение №9 к настоящим Правилам) в день уплаты страховой премии (первой ее части) наличными деньгами или в течение 5 рабочих дней после ее уплаты безналичным путем, если иное не предусмотрено Договором страхования. В этом случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика подписанного им Страхового полиса.

9.17.2. Договор страхования может быть заключается путем составления одного документа, подписываемого Страховщиком и Страхователем (Приложение №7 к настоящим Правилам).

Формы Страхового полиса и Договора страхования, прилагаемые к настоящим Правилам, являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного Договора страхования при соблюдении законодательства Российской Федерации.

9.18. В Договоре страхования указываются:

9.18.1. субъекты страхования;

9.18.2. объект страхования;

9.18.3. страховые риски;

9.18.4. страховая сумма (единая или по каждому риску в отдельности);

9.18.5. порядок определения размера страховой выплаты;

9.18.6. размер и порядок уплаты страховой премии;

9.18.7. дата начала и срок страхования;

9.18.8. период действия страховой защиты;

9.18.9. иные условия по усмотрению сторон.

9.19. Если по Договору страхования застраховано несколько лиц, к Договору страхования прилагается Список Застрахованных лиц (по форме Приложения №8 к настоящим Правилам).

9.19.1. Страхователь имеет право в период действия Договора страхования вносить изменения в Список Застрахованных лиц. Для этого Страхователь с согласия Застрахованного лица письменно сообщает Страховщику фамилии, имена, отчества (при наличии) Застрахованных лиц, как подлежащих исключению из Списка Застрахованных лиц, так и включаемых в него.

При включении новых лиц в Список Застрахованных лиц Страхователь сообщает Страховщику следующую информацию: фамилии, имена, отчества (при наличии); год, месяц и дату их рождения; пол, должность / профессию; адрес регистрации / проживания потенциальных Застрахованных лиц; назначенных ими Выгодоприобретателей.

9.20. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

Существенными для определения вероятности наступления страхового случая признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе), Заявлении на страхование, Анкете Застрахованного лица о состоянии здоровья или в ином запросе Страховщика.

9.21. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), или предоставил фиктивные документы, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.22. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (Страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (Страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (Страховым полисом) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

9.23. По соглашению Страховщика и Страхователя в Договор страхования могут вноситься изменения и дополнения, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9.24. Согласно статьи 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки или посредством электронной почты, почтовой, телеграфной связью, влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

9.24.1. при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;

9.24.2. при передаче юридически значимого сообщения посредством электронной почты – со дня его доставки на адрес электронной почты;

9.24.3. при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:

- со дня вручения его адресату;
- отказа адресата от его получения;
- по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресата, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него).

9.25. Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик согласно абзаца 2 пункта 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса данных лиц, указанные в Договоре страхования и в его письменном запросе, а также указанные в них для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно пункта 9.24 настоящих Правил. При этом Договор страхования считается измененным в этой части со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно пункта 9.24 настоящих Правил.

В случае изменения адреса, реквизитов банковского счета одной из сторон Договора страхования и не изменения этой стороной Договора страхования в данной части предусмотренным пунктами 9.24 и 9.25 настоящих Правил способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.

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

9.27. В случае утраты (утери) Договора страхования (Страхового полиса) Страховщик по письменному заявлению Страхователя, составленному в произвольной форме, выписывает дубликат, о чем в дубликате Договора страхования (Страхового полиса) делается соответствующая запись. Утраченный Договор страхования (Страховой полис) признается недействительным, и никакие выплаты по нему не производятся.

9.28. При утрате дубликата Договора страхования (Страхового полиса) в период действия Договора страхования для получения второго и последующих дубликатов Договора страхования (Страхового полиса) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления Договора страхования (Страхового полиса).

Подлежащая уплате сумма может быть перечислена Страхователем единовременно с уплатой очередного страхового взноса, если уплата страховой премии по Договору страхования осуществляется в рассрочку, или независимо от него, если Страхователь вносил страховую премию единовременно.

9.29. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если он заключен после наступления страхового случая.

Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

9.30. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

9.30.1. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что фактом заключения Договора страхования на основании настоящих Правил путем подписания Договора страхования Страховщиком и Страхователем или вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, подписанного Страховщиком, и принятия его Страхователем, Страхователь в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает согласие на обработку Страховщиком сообщенных Страхователем персональных данных Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и иных лиц, указанных в Заявлении на страхование и (или) Договоре страхования, а также в иных документах, передаваемых Страховщику (далее – субъекты персональных данных).

9.30.2. Такое согласие дается:

9.30.2.1. в отношении любой информации, относящейся к Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю и иным лицам), полученной как от самого Страхователя, так и от третьих лиц, включая: фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, год, месяц, дату и место рождения, пол, адрес места регистрации, адрес фактического места жительства, семейное, социальное, имущественное положение, профессию, должность, доходы, номера контактных телефонов и адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и составляющие врачебную тайну, другие данные, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным, для исполнения обязательств по Договору страхования, равно как и по иным Договорам, заключенным между Страховщиком и Страхователем;

9.30.2.2. в целях предстрахового андеррайтинга, заключения и исполнения Договора страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, перестрахования, осуществления обслуживания Страхователя, уступки, продажи, передачи любым третьим лицам или обременения иным образом полностью или частично прав требования по Договору страхования;

9.30.2.3. в целях оповещения / информирования о страховых продуктах Страховщика, равно как о совместных продуктах Страховщика и/или продуктах (товарах, работах, услугах, результатах интеллектуальной деятельности) третьих лиц – партнеров Страховщика, для поздравления с официальными праздниками, в том числе путем осуществления со

Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством;

9.30.2.4. с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем Заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в Заявлении на страхование);

9.30.2.5. без ограничения срока действия и может быть отозвано субъектом персональных данных в любой момент времени;

9.30.2.6. на обработку персональных данных любым способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение, в том числе посредством включения в электронные базы данных Страховщика), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители);

9.30.2.7. на обработку персональных данных, в том числе на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, передачу (включая трансграничную передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение, а также на совершение иных действий с персональными данными физических лиц в целях заключения, изменения, исполнения, расторжения (прекращения) договора страхования, в целях перестрахования, в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков;

9.30.2.8. на предоставление информации Выгодоприобретателю об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств по Договору страхования, в том числе информации об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении / вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового обеспечения и другой имеющей отношение к заключенному Договору страхования информации;

9.30.2.9. на информирование, в том числе по сетям электросвязи (включая телефонную связь), о других продуктах и услугах Страховщика и его партнеров, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком;

9.30.2.10. в случае регистрации в личном кабинете ООО СК «Диамант» – на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта **www.skdiament.ru**;

9.30.2.11. как Страховщику, так и любым третьим лицам, которые в результате обработки персональных данных Страхователя, уступки, продажи или обременения иным образом полностью или частично прав требования по Договору страхования получили персональные данные Страхователя, стали правообладателями в отношении указанных прав, а также агентам и уполномоченным лицам Страховщика и указанных третьих лиц, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение, безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

9.30.3. Заключением Договора страхования на основании настоящих Правил путем подписания Договора страхования Страховщиком и Страхователем или вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса, подписанного Страховщиком, и принятия его Страхователем, Страхователь гарантирует и подтверждает:

9.30.3.1. субъекты персональных данных (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, иные лица, указанные в документах, переданных Страховщику) проинформированы о передаче их персональных данных Страховщику с целью заключения Договора страхования, в том числе им предоставлены сведения о Страховщике (наименование и адрес), информация о цели, правовом основании и условиях обработки персональных данных, о предполагаемых пользователях персональных данных;

9.30.3.2. Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель и иные лица, указанные в документах, переданных Страховщику, проинформированы Страхователем обо всех правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

9.30.3.3. Страхователем получены все необходимые согласия от Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и иных лиц, указанных в документах, передаваемых Страховщику, на обработку их персональных данных в точном соответствии с положениями, указанными в пп.9.30.2. настоящих Правил, указанные лица ознакомлены и согласны с целями и условиями обработки их персональных данных.

9.30.4. Субъект персональных данных вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных Страховщику в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика.

9.30.5. В случае полного отзыва субъектом персональных данных (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9.30.6. Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования заключается на любой срок, установленный по соглашению Сторон.

Договор страхования считается заключенным с момента подписания сторонами Договора страхования и оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата окончания срока действия Договора страхования.

10.2. Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

10.2.1. При наличных расчетах - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии (или первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика;

10.2.2. При уплате страховой премии (или первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) путем безналичных расчетов - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

10.3. **Договор страхования прекращается** в случаях:

10.3.1. истечения срока его действия;

10.3.2. исполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме, при наличии страховых случаев;

10.3.3. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным лицом, или ликвидации, реорганизации Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, указанные в п.11.2. настоящих Правил;

10.3.4. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере и в срок, установленный Договором страхования (в соответствии с п.8.15. настоящих Правил);

10.3.5. досрочного отказа Страхователя от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай,

10.3.6. по соглашению между Страхователем и Страховщиком;

10.3.7. требования (инициативы) Страховщика, в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) своих обязательств, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами;

10.3.8. полного отзыва субъектом персональных данных, являющегося Страхователем и/или Застрахованным лицом, согласия на обработку персональных данных в соответствии

с п.9.30. настоящих Правил. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора страхования;

10.3.9. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, если наступила смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай;

10.3.10. иных случаях, установленных действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования.

10.4. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным пп. 10.3.1, 10.3.2, 10.3.3., 10.3.9. настоящих Правил Договор страхования прекращается с момента реализации данных оснований.

В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным пп.10.3.4. настоящих Правил, Договор страхования считается прекращенным в 24 часа 00 минут даты, установленной как крайняя дата уплаты такого страхового взноса, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случае прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным пп.10.3.5, 10.3.8. настоящих Правил, Договор страхования считается прекращенным с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон.

В случае прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп.10.3.6. настоящих Правил, Договор считается расторгнутым с даты подписания сторонами соглашения, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

В случае прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп.10.3.7. настоящих Правил, Договор страхования считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении Страховщика.

В случае прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп.10.3.10. Правил, Договор страхования считается расторгнутым с даты, установленной в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования либо соглашением сторон.

Страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату в отношении страховых случаев, произошедших после прекращения или расторжения Договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта.

10.5. Если иного не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп. 10.3.1, 10.3.2, 10.3.4, 10.3.7, 10.3.8. настоящих Правил, уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

10.6. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп. 10.3.5, настоящих Правил, уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату, за исключением случаев, указанных в п.10.7. настоящих Правил страхования.

10.7. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения:

10.7.1. Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, установленном настоящим пунктом Правил страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.7.2. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом Правил страхования, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

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

10.7.4. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования

или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования.

10.7.5. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

10.8. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп.10.3.9. настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально неистекшему сроку страхования.

10.9. В случае досрочного прекращения Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пп.10.3.3. и пп.10.3.6. настоящих Правил, размер возвращаемой страховой премии рассчитывается по формуле(если иное не предусмотрено Договором страхования):

$$СПв = (1 - РВД) \times ((СП_{\text{опл}} - (СП_{\text{нач}} \times \frac{M}{N})) - СВ), \text{ где:}$$

СПв - размер возвращаемой Страхователю части страховой премии по соответствующему риску, денежных единиц;

РВД – расходы на ведение дела согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки (в %/100);

СПопл – оплаченная страховая премия, денежных единиц;

СПнач – начисленная страховая премия согласно Договору страхования, денежных единиц;

М - количество дней действия Договора страхования с даты начала страхования до даты расторжения (фактического прекращения);

N – срок страхования, оговоренный при заключении Договора страхования, в днях;

СВ – сумма выплаченного и подлежащего выплате Страховщиком страхового обеспечения, денежных единиц.

В случае если при расчете, выполненному по указанной выше формуле, итоговая величина СП в окажется отрицательным числом, то страховая премия, подлежащая возврату Страхователю, считается равной нулю.

10.10. При досрочном прекращении Договора страхования по основанию, предусмотренному пп.10.3.10. настоящих Правил, порядок возврата страховой премии определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или условиями Договора страхования.

10.11. Если иного не предусмотрено Договором страхования, возврат страховой премии по Договору страхования, заключенному в иностранной валюте, осуществляется в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для данной валюты на дату уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

10.12. При изменении условий Договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение Договора страхования в отношении конкретных Застрахованных лиц, уменьшение страховых сумм, изменение страховых рисков), действует следующий порядок:

10.12.1. В случае прекращения Договора страхования в отношении конкретных Застрахованных лиц, Страхователю возвращается уплаченная за этих Застрахованных лиц страховая премия (страховые взносы) за неистекший срок действия Договора страхования в размере, рассчитанном по формуле(если иное не предусмотрено Договором страхования):

$$СП_{в(з.л.)} = (1 - РВД) \times ((СП_{\text{опл}(з.л.)} - (СП_{\text{нач}(з.л.)} \times \frac{M}{N})) - СВ_{з.л.}), \text{ где:}$$

СП_{в(з.л.)} - размер возвращаемой Страхователю части страховой премии по конкретным Застрахованным лицам, денежных единиц;

РВД – расходы на ведение дела согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки (в %/100);

СП_{опл(з.л.)} – оплаченная страховая премия по конкретным Застрахованным лицам, денежных единиц;

СП_{нач(з.л.)} – начисленная страховая премия согласно по Договору страхования по конкретным Застрахованным лицам, денежных единиц;

М - количество дней действия Договора страхования в отношении конкретных Застрахованных лиц с даты начала страхования до даты расторжения (фактического прекращения в отношении конкретных Застрахованных лиц);

N – срок страхования, оговоренный при заключении Договора страхования, в отношении конкретных Застрахованных лиц, в днях;

СВ_{з.л.} – сумма выплаченного и подлежащего выплате Страховщиком страхового обеспечения по конкретным Застрахованным лицам, денежных единиц.

В случае если при расчете, выполненному по указанной выше формуле, итоговая величина СП_{в(з.л.)} окажется отрицательным числом, то страховая премия, подлежащая возврату Страхователю, считается равной нулю.

10.12.2. В случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных лиц без изменения общей численности, Страхователю возвращается часть уплаченной за этих Застрахованных лиц страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально уменьшению ответственности, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.12.3. По соглашению сторон Договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания Договора страхования или, в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по Договору страхования (включение в Договор страхования новых Застрахованных лиц, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков), проведен взаимозачет.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страхователь вправе:

11.1.1. ознакомиться с условиями страхования, на которых заключён Договор страхования;

11.1.2. получить любые разъяснения по заключённому Договору страхования;

11.1.3. получить дубликат Договора страхования (Страхового полиса), в случае утраты (утери) подлинника;

11.1.4. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) другим лицом;

11.1.5. досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

11.1.6. вносить предложения об изменении условий (положений) Договора страхования, в том числе касающихся Застрахованных лиц и размеров страховых сумм, установленных им, в порядке, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

11.1.7. заключить несколько Договоров страхования;

11.1.8. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

11.1.9. получить от Страховщика страховую выплату при наступлении с Застрахованным лицом страхового случая.

11.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан:

11.2.1. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику все необходимые данные о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных лицах), включая сведения о характере, условиях и особенностях их трудовой деятельности, о состоянии здоровья, занятиях в свободное от работы время и иную запрашиваемую Страховщиком информацию, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, а также представить медицинские документы, если они необходимы Страховщику для оценки страхового риска;

11.2.2. уплачивать страховую премию в порядке и сроки, установленные Договором страхования;

11.2.3. довести до сведения Застрахованных лиц положения настоящих Правил и условия Договора страхования;

11.2.4. исполнять положения Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;

11.2.5. незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием;

11.2.6. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене места жительства и/или места работы Застрахованных лиц, персональных данных, банковских реквизитов;

11.2.7. незамедлительно сообщить в компетентные органы (ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д.) и обеспечить документальное оформление произошедшего события, если травматическое повреждение или смерть Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, возгорания или явились следствием противоправных действий третьих лиц;

11.2.8. при наступлении события (событий) с Застрахованным лицом из числа предусмотренных в п.4.3. и п.4.4. настоящих Правил и включенных в ответственность по Договору страхования, известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, в течение 30-ти банковских дней, если иное не предусмотрено Договором страхования, или, если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то в течение 30-ти банковских дней, следующих за днем его выписки из стационара;

11.2.9. в период действия Договора страхования незамедлительно любым доступным способом сообщить Страховщику, с последующим письменным подтверждением в течение 5 рабочих дней о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страхователем при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на степень страхового риска.

Значительными признаются изменения любых сведений, оговоренных в Договоре страхования (Страховом полисе), Заявлении на страхование, Анкете Застрахованного лица о состоянии здоровья и в переданных Страхователю настоящих Правил;

11.2.10. по первому требованию предоставить Страховщику и/или его уполномоченному представителю письменное согласие на использование своих персональных данных с целью заключения, исполнения, сопровождения Договора страхования;

11.2.11. предоставить от физических лиц – Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей и иных лиц, указанных в Договоре страхования, Заявлении на страхование и в иных документах, передаваемых Страховщику, согласий на обработку их персональных данных.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление от субъектов Договора страхования таких согласий.

В случае отсутствия согласий субъектов Договора страхования на обработку их персональных данных, Страхователь несет ответственность перед указанными лицами самостоятельно и в полном объеме.

11.2.12. проинформировать субъектов персональных данных (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя, иных лиц, указанных в документах, переданных Страховщику) о передаче их персональных данных Страховщику с целью заключения Договора страхования, в том числе предоставить им сведения о Страховщике (наименование и адрес), изложенную в п.9.30 настоящих Правил информацию, информацию о цели и правовом основании обработки персональных данных, о предполагаемых пользователях персональных данных, а также проинформировать Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя обо всех правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

11.3. Страховщик вправе:

11.3.1. перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и/или у лица, принимаемого на страхование, информацию, имеющую значение для определения страхового риска и размера страхового тарифа, в том числе сведения медицинского характера, и потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование лица с целью оценки фактического состояния его здоровья;

11.3.2. проверять достоверность данных и информации, сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) в Заявлении на страхование, Анкете Застрахованного лица о состоянии здоровья, Заявлении на страховую выплату и других документах, любыми

доступными Страховщику способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

11.3.3. отсрочить принятие решения о приеме на страхование лица, подлежащего страхованию;

11.3.4. отказаться от включения в ответственность по Договору страхования односторонних страховых рисков, которые могут наступить с Застрахованным лицом в результате одного произошедшего с ним события;

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

11.3.6. оговорить в Договоре страхования конкретный срок и порядок наступления своей ответственности по всем или отдельным страховым рискам, включаемым в Договор страхования;

11.3.7. при увеличении страхового риска в течение срока действия Договора страхования потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии.

При несогласии Страхователя на изменение условий Договора страхования или уплату дополнительной страховой премии Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

11.3.8. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований Договора страхования;

11.3.9. в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования, при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем (Застрахованным лицом) положений настоящих Правил и/или Договора страхования;

11.3.10. для принятия решения о страховой выплате направлять в случае необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления события, имеющего признаки страхового случая, потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления, причину и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового события;

11.3.11. в случае необходимости потребовать прохождения Застрахованным лицом дополнительных медицинских исследований;

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

11.3.13. отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения по факту причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами и представления последнего из запрошенных Страховщиком документов по этому событию, а также в случае сомнения в причине наступления события, имеющего признаки страхового случая, до установления данного факта;

11.3.14. если Страхователь обратился с Заявлением о страховой выплате в период, когда болезненный процесс еще не закончился (имеются признаки воспаления, осложнения или продолжается лечение), Страховщик вправе принять решение о предварительной страховой выплате. Решение о предварительной выплате принимается при наличии документов, позволяющих Страховщику принять такое решение;

11.3.15. потребовать расторжения Договора страхования, при невыполнении Страхователем обязанностей, перечисленных в пп.11.2.9. настоящих Правил;

11.3.16. потребовать признания Договора страхования недействительным, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения;

11.3.17. потребовать признания Договора страхования недействительным, если Страхователь при заключении Договора страхования сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (о состоянии здоровья Застрахованного лица, характере и условиях его работы, о его занятиях в свободное от работы время (хобби) на момент

заключения Договора страхования и т.п.) и потребовать возмещения размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не были известны и не должны быть известны Страховщику;

11.3.18. потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

11.3.19. отказать в страховой выплате, если:

11.3.19.1. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) своевременно не известил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с пп.11.2.8. настоящих Правил, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить выплату;

11.3.19.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможный вред жизни и здоровью Застрахованного лица;

11.3.19.3. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не представил документы и сведения, необходимые для установления причин, обстоятельств и характера произошедшего события и его связи с наступившим результатом, или предоставил заведомо ложные документы и сведения, что повлекло для Страховщика невозможность установления факта наступления страхового случая;

11.3.19.4. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) при заключении Договора страхования представил недостоверные или заведомо ложные сведения о себе и (или) Застрахованном лице;

11.3.19.5. произошедшее событие подпадает под исключения, указанные в пп.14.1.1.-14.1.5. раздела 14, в п.4.15. раздела 4 настоящих Правил;

11.3.19.6. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

11.3.20. осуществлять обработку персональных данных субъекта персональных данных (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и иных лиц) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и с соблюдением тайны страхования, в целях заключения, исполнения, сопровождения Договора страхования, предоставления субъекту персональных данных (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным лицам) информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством Российской Федерации;

11.3.21. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования;

11.3.22. на основе настоящих Правил формировать страховые программы, полисные условия или выдержки из настоящих Правил, в соответствии с п.1.6. настоящих Правил.

11.4. Страховщик обязан:

11.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с настоящими Правилами и вручить ему один экземпляр настоящих Правил и Договора страхования (Страхового полиса);

11.4.2. давать компетентные разъяснения Страхователю, Застрахованному лицу, представителю Застрахованного лица, Выгодоприобретателю по всем возникающим вопросам по Договору страхования;

11.4.3. принять решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате в сроки, установленные п.12.3. настоящих Правил, если иной срок не предусмотрен Договором страхования;

11.4.4. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) с мотивированным обоснованием причин отказа;

11.4.5. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя при их обработке (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»), обеспечить сохранность и неразглашение персональных данных

субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящими Правилами;

11.4.6. не разглашать сведения, сообщенные Страхователем и полученные из других источников, о самом Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), его состоянии здоровья, его имущественном положении, включая коммерческую тайну и любую другую конфиденциальную информацию, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

11.5. Застрахованное лицо вправе:

11.5.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования, заключенному в его пользу;

11.5.2. в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п.11.2. Правил страхования.

11.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности Сторон.

12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА, ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. **Страховая выплата** (страховое обеспечение) – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

12.2. Страховая выплата производится при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение согласно Договору страхования, независимо от сумм, причитающихся по социальному страхованию, социальному обеспечению, по другим договорам страхования, а также сумм по возмещению причиненного вреда в соответствии с действующим гражданским законодательством Российской Федерации со стороны третьих лиц.

12.3. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, после получения Заявления о страховой выплате (Приложение №13 к настоящим Правилам) Страховщик обязан в срок, не превышающий 30 рабочих дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) после получения всех необходимых документов, предусмотренных разделом 13 настоящих Правил, составить Страховой акт о страховом случае (Приложение №14 к настоящим Правилам) и произвести расчет суммы страховой выплаты либо принять решение об отказе в страховой выплате.

12.3.1. В случае принятия решения о страховой выплате Страховщик в течение 30 рабочих дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) со дня подписания Страхового акта производит страховую выплату.

12.3.2. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 30 рабочих дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) со дня подписания Страхового акта направляет Страхователю и/или Выгодоприобретателю письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в страховой выплате.

12.3.3. В случае если предоставленные документы и сведения не позволяют установить факт наступления заявленного события, содержат противоречивую информацию или вызывают сомнения в их достоверности, а также в достоверности наступления заявленного события, Страховщик имеет право перенести срок, указанный в пп.12.3.1. и пп.12.3.2. настоящих Правил, но не более чем на 45 рабочих дней, для проведения экспертизы предоставленных документов и сведений, обращения в соответствующие компетентные органы для подтверждения факта заявленного события и обстоятельств его наступления.

12.3.4. В сложных случаях, когда для принятия решения требуется заключение независимой экспертизы заявленного события, Страховщик имеет право предложить пройти такую экспертизу Застрахованному лицу за счёт Страховщика и отложить срок, указанный в пп.12.3.1. и пп.12.3.2. настоящих Правил, до получения результатов экспертизы.

12.3.5. Если для принятия решения необходимы результаты незаконченного расследования, проводимого компетентными органами, Страховщик имеет право продлить срок, указанный в пп.12.3.1. и пп.12.3.2. настоящих Правил, до окончания этого расследования.

12.4. Страховая выплата производится Страховщиком, если иное не предусмотрено Договором страхования, путем перечисления в Банк на расчетный/лицевой счет, открытый на имя заявителя, а также иным способом - по соглашению Сторон. При этом перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счет получателя в Банке осуществляется за счет средств получателя страховой выплаты.

В случае если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата производится на расчетный/лицевой счет, открытый на его имя, либо на расчетный/лицевой счет законного представителя несовершеннолетнего.

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

12.5. При наступлении с Застрахованным лицом событий, предусмотренных в п.4.3. Правил страхования, размеры страховых выплат составляют, если иное не предусмотрено в Договоре страхования:

12.5.1. При наступлении события, предусмотренного страховым риском **«ВУТ в результате НС»** (пп.4.3.1. настоящих Правил) страховая выплата рассчитывается в процентах от страховой суммы по данному страховому риску в соответствии с выбранной при заключении Договора страхования и указанной в нём Таблицей размеров страховых выплат (Приложения №2«А» или №2«Б», или №2«В», или №2«Г», или №2«Д», или №2«Е» к настоящим Правилам), если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.5.1.1. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не сказано какая именно Таблица размеров страховых выплат выбрана для осуществления расчета страховой выплаты, то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты по данному риску в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат, приведенной в Приложении №2«А» к настоящим Правилам, и расчет страховой выплаты осуществляется в соответствии с ней.

12.5.1.2. При создании страховых Программ на основе настоящих Правил Страховщик вправе пользоваться усеченным вариантом той Таблицы размеров страховых выплат, которая приведена в Приложении №2«А» к настоящим Правилам.

12.5.2. При наступлении события, предусмотренного страховым риском **«ВУТ в результате НС»** (пп.4.3.1. настоящих Правил), страховая выплата может рассчитываться (только в том случае, если это прямо указано в Договоре страхования) в размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 11-го (одиннадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня временной нетрудоспособности или лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.2.1. Размер страховой выплаты определяется как произведение суточной выплаты за один день нетрудоспособности или лечения на количество дней нетрудоспособности или лечения, которые подлежат оплате согласно условиям Договора страхования.

12.5.2.2. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан размер суточной выплаты, то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 11-го (одиннадцатого) дня временной нетрудоспособности или лечения.

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

12.5.2.4. Если иное не установлено в Договоре страхования, то по одному страховому случаю количество дней непрерывного лечения, подлежащих оплате, не может превышать 90 дней. При этом максимальный размер страховой выплаты за оплачиваемые дни нетрудоспособности или лечения по одному страховому случаю не может составлять более 30% от страховой суммы, установленной Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.5.2.5. Количество дней лечения исчисляется за период лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий несчастного случая. При расчете количества дней непрерывного лечения, период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.5.2.6. Началом лечения считается дата обращения в лечебное учреждение по поводу несчастного случая.

12.5.2.7. Окончанием лечения служит дата, определенная лечащим врачом в карте амбулаторного или стационарного больного, как дата выздоровления, либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение, вне зависимости от того (если иное не предусмотрено в Договоре страхования), закончился ли период временной нетрудоспособности (непрерывного лечения) до или после окончания срока страхования.

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

12.5.3. При наступлении событий, предусмотренных страховыми рисками **«ВУТ в результате болезни»** или **«ВУТ в результате обострения заболевания»** (пп.4.3.4. и/или пп.4.3.7. настоящих Правил) страховая выплата рассчитывается в размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 15-го (пятнадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня временной нетрудоспособности или лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.3.1. Размер страховой выплаты определяется как произведение суточной выплаты за один день нетрудоспособности или лечения на количество дней нетрудоспособности или лечения, которые подлежат оплате согласно условиям Договора страхования.

12.5.3.2. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан размер суточной выплаты, то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 15-го (пятнадцатого) дня временной нетрудоспособности или лечения.

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

12.5.3.4. Если иное не установлено в Договоре страхования, то по одному страховому случаю количество дней непрерывного лечения, подлежащих оплате, не может превышать 90 дней. При этом максимальный размер страховой выплаты за оплачиваемые дни нетрудоспособности или лечения по одному страховому случаю не может составлять более 30% от страховой суммы, установленной Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.5.3.5. Количество дней лечения исчисляется за период лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий заболеваний. При расчете количества дней непрерывного лечения, период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.5.3.6. Началом лечения считается дата обращения в лечебное учреждение по поводу заболевания.

12.5.3.7. Окончанием лечения служит дата, определенная лечащим врачом в карте амбулаторного или стационарного больного, как дата выздоровления, либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение, вне зависимости от того (если иное не предусмотрено в Договоре страхования), закончился ли период временной нетрудоспособности (непрерывного лечения) до или после окончания срока страхования.

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

12.5.4. При установлении **первичной группы (категории) инвалидности** (пп.4.3.2.1. и/или пп.4.3.2.2., и/или пп.4.3.2.3., и/или пп.4.3.2.4., и/или пп.4.3.5.1. и/или пп.4.3.5.2., и/или пп.4.3.5.3., и/или пп.4.3.5.4., и/или пп.4.3.8.1. и/или пп.4.3.8.2., и/или пп.4.3.8.3., и/или пп.4.3.8.4. настоящих Правил) размер страховой выплаты определяется в процентах от страховой суммы с учетом ниже следующих положений.

12.5.4.1. Страховая выплата в связи с установлением Застрахованному лицу, достигшему возраста 18 лет, инвалидности вследствие страхового случая определяется в следующих размерах (если иное не предусмотрено в Договоре страхования):

12.5.4.1.1. лицу, не являвшемуся инвалидом до распространения на него действия Договора страхования:

- при установлении I группы инвалидности – 100 % от страховой суммы;
- при установлении II группы инвалидности – 70 % от страховой суммы;
- при установлении III группы инвалидности – 50 % от страховой суммы;

12.5.4.1.2. лицу, являвшемуся до распространения на него действия Договора страхования инвалидом III группы:

- при установлении I группы инвалидности – 50 % от страховой суммы;
- при установлении II группы инвалидности – 30 % от страховой суммы.

12.5.4.1.3. лицу, являвшемуся до распространения на него действия Договора страхования инвалидом II группы:

- при установлении I группы инвалидности – 30 % от страховой суммы.

12.5.4.2. При установлении Застрахованному лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» страховая выплата производится в следующих размерах:

- при установлении категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет – 100% от страховой суммы,
- при установлении категории «ребенок-инвалид» сроком на 2 года – 70% от страховой суммы,
- при установлении категории «ребенок-инвалид» сроком на 1 год – 40% от страховой суммы.

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

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

12.5.4.4.1. За вычетом ранее произведённых выплат в связи с произошедшими с этим Застрахованным лицом страховыми случаями, предусмотренными иными включенными в Договор страхования страховыми рисками, если они (выплаты) производились, при условии, что страховая сумма была установлена Застрахованному лицу единой по всем предусмотренным Договором страхования страховым рискам. При этом общий размер страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленного для Застрахованного лица размера страховой суммы.

12.5.4.4.2. Независимо от суммы выплат, ранее произведённых в связи со страховыми случаями, предусмотренными иными страховыми рисками, при условии, что страховые суммы были установлены отдельно для каждого страхового риска (за исключением случаев, предусмотренных в п.12.6. Правил страхования).

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

12.5.5. При наступлении событий, предусмотренных пп. 4.3.3. и/или пп.4.3.6., и/или пп.4.3.9. настоящих Правил, **в случае смерти** Застрахованного лица в результате страхового случая страховая выплата производится с учетом ниже следующих положений.

12.5.5.1. Выплата производится в размере 100% страховой суммы, установленной для Застрахованного лица, за вычетом размера ранее произведенных выплат в связи с произошедшими с этим Застрахованным лицом страховыми случаями, предусмотренными иными включенными в Договор страхования страховыми рисками, если они (выплаты)

производились, при условии, что страховая сумма была установлена Застрахованному лицу единой по всем предусмотренным в Договоре страхования страховым рискам. При этом общий размер страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленного для Застрахованного лица размера страховой суммы.

12.5.5.2. Если страховая сумма Застрахованному лицу была установлена отдельно по включенному в Договор страхования страховому риску, связанному со смертью Застрахованного лица (пп. 4.3.3. и/или пп.4.3.6., и/или пп.4.3.9. настоящих Правил), то страховая выплата производится в размере 100% от этой страховой суммы с учетом положений п.12.6. Правил страхования.

12.5.5.3. Если страховые суммы были установлены отдельно по включенным в Договор страхования страховым рискам, а смерть Застрахованного лица наступила до истечения 72 часов со времени наступления события, приведшего к ней, страховая выплата производится только в размере, предусмотренном для страхового риска, указанного в пп.4.3.3. и/или пп.4.3.6., и/или пп.4.3.9. настоящих Правил.

12.5.6. При наступлении события, предусмотренного страховыми рисками **«СОЗ»** (пп.4.3.10. настоящих Правил) или **«Диагностирование болезни, в результате которой была утрачена возможность исполнения профессиональных обязанностей»** (пп.4.3.25. настоящих Правил), размер страховой выплаты определяется в указанном в Договоре страхования проценте от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску.

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

При этом в Договоре страхования может быть установлен период ожидания, до истечения которого диагностирование СОЗ или иного заболевания у Застрахованного лица не будет расцениваться как страховой случай.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то считается, что период ожидания по страховому риску «СОЗ» составляет 14 (четырнадцать) календарных дней.

При заключении Договора страхования на новый срок период ожидания в отношении лица, застрахованного ранее по нему, по соглашению Страховщика и Страхователя может не применяться.

12.5.6.1. В Договоре страхования, включающем ответственность на случай наступления событий, указанных в пп.4.3.10. настоящих Правил, может быть установлен период дожития - срок с момента установления клинического диагноза опасного заболевания, предусмотренного соответствующим Перечнем смертельно-опасных заболеваний (Приложения №4«А» и №4«Б» к настоящим Правилам), в течение которого наступление смерти Застрахованного лица в результате заболевания является основанием для непризнания возникновения опасного заболевания страховым случаем.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, диагностирование у Застрахованного лица СОЗ не признаётся страховым случаем, если в течение первых 30 дней со дня установления диагноза наступает смерть Застрахованного лица.

12.5.6.2. Развитие и диагностика у Застрахованного лица СОЗ не является страховым случаем, если оно явилось следствием диагностированных у Застрахованного лица до заключения Договора страхования болезней, квалифицируемых как предшествовавшие заболевания (Приложение № 4«Б» к настоящим Правилам).

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

12.5.6.3. Если иное прямо не указано в Договоре страхования, то размер страховой выплаты по риску «СОЗ» определяется Перечнем смертельно-опасных заболеваний, приведенном в Приложении №4«А».

12.5.7. При наступлении события, предусмотренного страховыми рисками **«Хирургические операции в результате НС»** или **«Хирургическая операция в результате НСиБ»** (пп.4.3.11. или пп.4.3.12. настоящих Правил), страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица по данному страховому риску, в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и заболеваний» (Приложение №3 к настоящим Правилам). В Договоре

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

12.5.8. При наступлении событий, предусмотренных страховым риском **«Заражение донора»** (пп.4.3.13. настоящих Правил), страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по факту самого заболевания вне зависимости от степени его тяжести (если Договором страхования не предусмотрено иное).

12.5.9. При наступлении с Застрахованным лицом события, предусмотренного страховыми рисками **«Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»** (пп.4.3.14. настоящих Правил) или **«Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая и болезни»** (пп.4.3.15. настоящих Правил) страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы по данным страховым рискам с применением критериев, приведенных в «Таблицах размеров страховых выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение №1 к настоящим Правилам¹).

12.5.10. При наступлении события, предусмотренного страховым риском **«Травма»** (пп.4.3.16. настоящих Правил), страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы по данному страховому риску в соответствии с выбранной при заключении Договора страхования и указанной в нём Таблицей размеров страховых выплат (Приложения №2«А» или №2«Б», или №2«В», или №2«Г», или №2«Д», или №2«Е» к Правилам страхования).

12.5.10.1. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не сказано какая именно Таблица размеров страховых выплат выбрана для осуществления расчета страховой выплаты по страховому риску «Травма», то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты по данному риску в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат, приведенной в Приложении №2«А» к настоящим Правилам.

12.5.10.2. При создании страховых Программ на основе настоящих Правил Страховщик вправе пользоваться усеченными вариантами тех Таблиц размеров страховых выплат, которые приведены в Приложениях №2«А» или №2«Б» к настоящим Правилам.

12.5.11. При наступлении событий, предусмотренных страховым риском **«Утрата профессиональной трудоспособности»** (пп.4.3.17. настоящих Правил), размер страховой выплаты устанавливается в % от страховой суммы в соответствии с предоставленными документами.

Размер страховой выплаты соответствует проценту утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленной компетентными органами (если Договором страхования не предусмотрено иное).

12.5.12. При наступлении страхового случая, предусмотренного страховыми рисками **«Постоянная полная утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»** (пп.4.3.18. настоящих Правил) и/или **«Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате болезни»** (пп.4.3.19. настоящих Правил), размер страховой выплаты может определяться по одному из ниже приведённых вариантов, применение которого оговорено в Договоре страхования:

12.5.12.1. 100% страховой суммы, если Застрахованное лицо утратило профессиональную трудоспособность на 60% и более, если иной процент утраты профессиональной трудоспособности не установлен в Договоре страхования;

12.5.12.2. в определённом проценте от страховой суммы, при этом данный процент соответствует проценту утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

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

12.5.12.3. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан вариант определения размера страховой выплаты по данному риску, то считается, что Договор страхования заключен на условии, указанному в пп.12.5.12.2. настоящих Правил.

¹В Приложении №1 - Таблицей №1 предусмотрены определенные случаи потери Застрахованным лицом органов и их функции, а Таблицей №2 - утрата Застрахованным лицом отдельных конкретных функций, необходимых для обеспечения полноценной жизни.

12.5.13. При наступлении события, предусмотренного риском **«ВУПТ в результате НС»** (пп.4.3.20. настоящих Правил), страховая выплата рассчитывается в размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 11-го (одиннадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня временной нетрудоспособности или лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.13.1. При этом применяются положения пп.12.5.2.1. – 12.5.2.8. настоящих Правил.

12.5.14. При наступлении события, предусмотренного риском **«ВУПТ в результате болезни»** (пп. 4.3.21. настоящих Правил), страховая выплата рассчитывается в размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 15-го (пятнадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня временной нетрудоспособности или лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.14.1. При этом применяются положения пп.12.5.3.1. – 12.5.3.8. настоящих Правил.

12.5.15. При наступлении события, предусмотренного риском **«Госпитализация в результате НС»** (пп.4.3.22. настоящих Правил), страховая выплата рассчитывается в размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день непрерывного стационарного лечения, начиная с 11-го (одиннадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня непрерывного стационарного лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.15.1. Размер страховой выплаты определяется как произведение суточной выплаты за один день непрерывного стационарного лечения на количество дней непрерывного стационарного лечения, которые подлежат оплате согласно условиям Договора страхования.

12.5.15.2. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан размер суточной выплаты, то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день непрерывного стационарного лечения, начиная с 11-го (одиннадцатого) дня непрерывного стационарного лечения.

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

12.5.15.4. Если иное не установлено в Договоре страхования, то по одному страховому случаю количество дней непрерывного стационарного лечения, подлежащих оплате, не может превышать 90 дней. При этом максимальный размер страховой выплаты за оплачиваемые дни непрерывного стационарного лечения по одному страховому случаю не может составлять более 30% от страховой суммы, установленной Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.5.15.5. Количество дней стационарного лечения исчисляется за период непрерывного стационарного лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий несчастного случая. При расчете количества дней непрерывного стационарного лечения, период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.5.15.6. Началом непрерывного стационарного лечения считается дата госпитализации по поводу несчастного случая.

12.5.15.7. Окончанием непрерывного стационарного лечения служит дата, определенная лечащим врачом в карте стационарного больного, как дата выздоровления, либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение, вне зависимости от того (если иное не предусмотрено в Договоре страхования), закончился ли период непрерывного стационарного лечения до или после окончания срока страхования.

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

12.5.16. При наступлении события, предусмотренного риском **«Госпитализация в результате болезни»**, и/или **«Госпитализация в результате обострения заболевания»** (пп.4.3.23. и/или пп.4.3.24. настоящих Правил) страховая выплата рассчитывается в

размере, установленном в Договоре страхования (от 0,05% до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности или лечения, начиная с 15-го (пятнадцатого) или другого, указанного в Договоре страхования, дня временной нетрудоспособности или лечения (в зависимости от периода ожидания, назначенного в Договоре страхования).

12.5.16.1. Размер страховой выплаты определяется как произведение суточной выплаты за один день непрерывного стационарного лечения на количество дней непрерывного стационарного лечения, которые подлежат оплате согласно условиям Договора страхования.

12.5.16.2. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в Договоре страхования не указан размер суточной выплаты, то считается, что Договор страхования заключен на условиях выплаты в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день непрерывного стационарного лечения, начиная с 15-го (пятнадцатого) дня непрерывного стационарного лечения.

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

12.5.16.4. Если иное не установлено в Договоре страхования, то по одному страховому случаю количество дней непрерывного стационарного лечения, подлежащих оплате, не может превышать 90 дней. При этом максимальный размер страховой выплаты за оплачиваемые дни непрерывного стационарного лечения по одному страховому случаю не может составлять более 30% от страховой суммы, установленной Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.5.16.5. Количество дней стационарного лечения исчисляется за период непрерывного стационарного лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий заболевания. При расчете количества дней непрерывного стационарного лечения, период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.5.16.6. Началом непрерывного стационарного лечения считается дата госпитализации по поводу заболевания.

12.5.16.7. Окончанием непрерывного стационарного лечения служит дата, определенная лечащим врачом в карте стационарного больного, как дата выздоровления, либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение, вне зависимости от того (если иное не предусмотрено в Договоре страхования), закончился ли период непрерывного стационарного лечения до или после окончания срока страхования.

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

12.5.17. При наступлении события, предусмотренного страховым риском **«Диагностирование болезни или причинения иного вреда здоровью»** (пп.4.3.26. настоящих Правил) размер страховой выплаты определяется в указанном в Договоре страхования проценте от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску. При этом размер страховой выплаты не может превышать размер страховой суммы.

12.6. Если иное не предусмотрено в Договоре страхования, в случае если последствия несчастного случая или болезнь Застрахованного лица обусловили наступление с ним последовательности событий, указанных в п.4.3. Правил страхования, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховых выплат, ранее произведённых Страховщиком в связи с последствиями данного несчастного случая или данной болезнью.

12.7. При наступлении с Застрахованным лицом событий, предусмотренных в п.4.4. Правил страхования, размеры страховых выплат составляют, если иное не предусмотрено в Договоре страхования:

12.7.1. При наступлении события, предусмотренного риском **«Инфекционная болезнь»** (пп.4.4.1. настоящих Правил) страховая выплата определяется в следующих размерах, если иное не предусмотрено в Договоре страхования:

12.7.1.1. в связи с заболеванием (заболеваниями), за исключением заболевания вирусным гепатитом, сифилисом, туберкулезом, СПИДом:

- при длительности лечения 7-14 дней - 10% от страховой суммы;
- при длительности лечения 15-30 дней - 20% от страховой суммы;
- при длительности лечения 31 и более дней - 30% от страховой суммы;

12.7.1.2. при заболевании вирусным гепатитом - 20% от страховой суммы;

12.7.1.3. при заболевании сифилисом, туберкулезом - 25% от страховой суммы.

12.7.2. При наступлении события, предусмотренного риском «**Инвалидность в результате инфекционной болезни**» (пп.4.4.2. настоящих Правил) страховая выплата определяется в следующих размерах, если иное не предусмотрено в Договоре страхования:

12.7.2.1. при первичном установлении инвалидности, за исключением инвалидности от СПИДа:

– I группы инвалидности – 90 % от страховой суммы (за вычетом страховых выплат в связи с тем же заболеванием по страховым случаям «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил) и «Инвалидность в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.2. настоящих Правил), если они производились);

– II группы инвалидности – 60 % от страховой суммы (за вычетом страховых выплат в связи с тем же заболеванием по страховым случаям «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил) и «Инвалидность в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.2. настоящих Правил), если они производились);

– III группы инвалидности – 40% от страховой суммы (за вычетом страховых выплат в связи с тем же заболеванием по страховому случаю «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил), если они производились);

– категории "ребенок-инвалид" – 40% от страховой суммы (за вычетом страховых выплат в связи с тем же заболеванием по страховому случаю «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил), если они производились);

12.7.2.2. в связи с первичным установлением лицу, являвшемуся инвалидом III группы:

– I группы инвалидности (за исключением инвалидности от СПИДа) – 50% от страховой суммы (за вычетом выплат в связи с тем же заболеванием по страховым случаям «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил) и «Инвалидность в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.2. настоящих Правил), если они производились).

– II группы инвалидности (за исключением инвалидности от СПИДа) – 20% от страховой суммы (за вычетом выплат в связи с тем же заболеванием по страховым случаям «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил) и «Инвалидность в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.2. настоящих Правил), если они производились);

12.7.2.3. в связи с первичным установлением лицу, являвшемуся инвалидом II группы:

– инвалидности I группы (за исключением инвалидности от СПИДа) – 30 % от страховой суммы (за вычетом выплат в связи с тем же заболеванием по страховым случаям «Инфекционная болезнь» (пп.4.4.1. настоящих Правил) и «Инвалидность в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.2. настоящих Правил), если они производились).

12.7.2.4. В Договоре страхования могут быть определены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы) при установлении различных групп инвалидности или категории «ребёнок-инвалид» при первичном установлении инвалидности, за исключением инвалидности от СПИДа.

12.7.3. При наступлении страхового события, предусмотренного риском «**Смерть в результате инфекционной болезни**» (пп.4.4.3. настоящих Правил), страховая выплата осуществляется в размере 100% страховой суммы за вычетом (если иное не предусмотрено в Договоре страхования) размера ранее произведенных выплат в связи с произошедшими с этим Застрахованным лицом страховыми случаями, предусмотренными иными включенными в Договор страхования страховыми рисками, при условии, что страховая сумма была установлена Застрахованному лицу единой по всем предусмотренным в Договоре страхования страховым рискам, .

12.7.3.1. Если страховая сумма Застрахованному лицу была установлена отдельно по включенному в Договор страхования страховому риску «Смерть в результате инфекционной болезни» (пп.4.4.3. настоящих Правил), то страховая выплата производится в размере 100% от этой страховой суммы с учетом положений п.12.6. настоящих Правил.

12.7.3.2. Если страховые суммы были установлены отдельно по включенным в Договор страхования страховым рискам, а смерть Застрахованного лица наступила до истечения 72

часов со времени наступления события, приведшего к ней, страховая выплата производится только в размере, предусмотренном для данного страхового риска (пп.4.4.3. настоящих Правил).

12.7.4. При наступлении страхового события, предусмотренного риском «**Присасывание клеща**» (пп.4.4.4. настоящих Правил), в связи с извлечением у Застрахованного лица присосавшегося клеща и проведением ему иммунопрофилактики клещевых инфекций, страховая выплата осуществляется в размере фактических затрат, подтвержденных соответствующими документами медицинского учреждения, но не более:

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

12.7.5. При наступлении страхового события, предусмотренного риском «**ВИЧ-инфицирование**» (пп.4.4.5. настоящих Правил) в связи с инфицированием вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) без развития болезни, страховая выплата осуществляется в размере 30% от страховой суммы, если иные размеры страховой выплаты не установлены в Договоре страхования.

12.7.6. При наступлении страхового события, предусмотренного риском «**Диагностирование заболевания СПИД**» (пп.4.4.6. настоящих Правил) в связи с заболеванием СПИДом, включая ВИЧ-инфицирование, страховая выплата осуществляется в размере 70% от страховой суммы, если иные размеры страховой выплаты не установлены в Договоре страхования.

12.8. Если в период лечения Застрахованного лица по поводу инфекционной болезни из числа предусмотренных выбранным при заключении Договора страхования вариантом (вариантами) (п.4.5. настоящих Правил), у Застрахованного лица будет дополнительно диагностирована другая инфекционная болезнь, (диагностирован «инфекционный микст»), страховая выплата осуществляется с учетом ниже следующих условий:

12.8.1. если диагностированная другая инфекционная болезнь включена в ответственность по Договору страхования, то размер страховой выплаты определяется исходя из общей длительности лечения этих болезней и увеличивается на 5% страховой суммы. Исключение составляет сочетание какой-либо инфекционной болезни с инфицированием вирусом иммунодефицита человека или с заболеванием СПИДом, при условии, что вариант VI (пп.4.4.2.1. настоящих Правил) включен в Договор страхования, - в этом случае размер страховой выплаты определяется отдельно в связи с каждым из случаев, и результат суммируется (в пределах установленного для Застрахованного лица размера страховой суммы);

12.8.2. если одна из развившихся у Застрахованного лица в одно и то же время болезней не включена в ответственность по Договору страхования, размер страховой выплаты, определенный исходя из общей длительности их лечения, уменьшается на 5% страховой суммы. Не уменьшается страховая выплата, если заболевание, не предусмотренное Договором страхования, развивается у Застрахованного лица на фоне ВИЧ-инфицирования и/или заболевания СПИДом, при условии, что вариант VI (пп.4.4.2.1. настоящих Правил) включен в Договор страхования.

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

12.10. Если при заключении Договора страхования страховые суммы установлены Застрахованному лицу отдельно по страховым рискам, включенным в Договор страхования, то размер страховых выплат в связи со страховыми случаями с Застрахованным лицом, предусмотренными конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной для этого страхового риска, и выплачивается независимо от предыдущих выплат по другим страховым рискам (случаям), при соблюдении положений, предусмотренных в п.12.6. настоящих Правил, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

12.11. Из суммы страхового обеспечения, подлежащего выплате, вычитается установленный Договором страхования размер франшизы.

12.12. При определении в Договоре страхования страховой суммы, размера страховой премии в валютном эквиваленте, расчет размера франшизы, подлежащей вычету из суммы страхового обеспечения, производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая, если иная дата не указана в Договоре страхования (Страховом полисе).

12.13. Страховая выплата производится по желанию Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, наследника) путем перечисления денежных средств во вклад на имя заявителя в Банк, или иным способом - по соглашению Сторон. При этом перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счет получателя в Банке осуществляется за счет средств получателя.

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

12.14. После страховой выплаты единая страховая сумма, установленная в Договоре страхования, уменьшается на размер произведенной выплаты, если в Договоре страхования оговорены отдельные страховые суммы по страховым случаям, то после страховой выплаты, страховая сумма по данному страховому риску уменьшается на величину произведенной выплаты.

12.15. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащей выплате страховой суммы зачесть сумму просроченного страхового взноса.

12.16. При определении в Договоре страхования страховой суммы, размера страховой премии в валютном эквиваленте, страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату осуществления платежа, если иная дата не указана в Договоре страхования (Страховом полисе).

12.17. Страховая выплата может быть произведена:

12.17.1. Застрахованному лицу или его законному представителю;

12.17.2. Выгодоприобретателю, предусмотренному в Договоре страхования;

12.17.3. Наследникам Застрахованного лица в случае, если:

– Застрахованное лицо умерло, не получив страховую выплату, причитающуюся ему в соответствии с Договором страхования;

– Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные и иные повреждения, повлекшие его смерть;

– Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;

– одновременной (в один день) смерти Застрахованного лица и Выгодоприобретателя;

– до принятия Страховщиком решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и его Выгодоприобретателя - физического лица.

12.17.4. Наследникам Выгодоприобретателя, если:

– в связи со смертью Застрахованного лица Страховщиком принято решение о страховой выплате Выгодоприобретателю – физическому лицу, а оно умерло, не успев получить причитающуюся ему страховую выплату.

12.18. При включении в ответственность по Договору страхования страхового риска «Смерть в результате несчастного случая» (пп.4.3.3. настоящих Правил), то в Договоре страхования по соглашению Сторон может быть предусмотрено, что при объявлении судом Российской Федерации (далее по тексту суд) Застрахованного лица умершим страховая выплата осуществляется в предусмотренном Договоре страхования порядке, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожающих смертью или дающих основание предполагать его гибель от определённого несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия в отношении него Договора страхования. При признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

13. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

13.1. Для решения вопроса о признании события, наступившего с Застрахованным лицом, страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, Наследник) должны представить Страховщику:

13.1.1. Заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

13.1.15.1. Сведения о Договоре страхования (Страховом полисе), по которому предъявляется заявление:

- номер Договора страхования (Страхового полиса);
- дата заключения Договора страхования;
- срок страхования.

13.1.15.2. Сведения о Застрахованном лице:

- ФИО;
- дата рождения;
- сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- почтовый адрес и индекс по месту постоянной регистрации;
- почтовый адрес и индекс по месту фактического проживания;
- номер телефона;
- место работы, должность.

13.1.15.3. Сведения о Заявителе (Застрахованное лицо, Законный представитель, Выгодоприобретатель, Наследник):

- ФИО;
- дата рождения;
- сведения о документе, удостоверяющем личность Заявителя (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);
- почтовый адрес и индекс по месту постоянной регистрации;
- почтовый адрес и индекс по месту фактического проживания;
- номер телефона;
- место работы, должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/ факс, сведения о лице, действующем от юридического лица без доверенности, сведения о полномочиях представителя юридического лица.

13.1.15.4. Сведения о событии:

- событие, послужившее основанием для заявления: смерть, инвалидность, травма, диагностирование смертельно-опасного заболевания, временная нетрудоспособность, госпитализация, хирургическое вмешательство, присасывание клеща, профессиональная нетрудоспособность;

- дата и время события;
- место события;

- обстоятельства наступления события;
- очевидцы/ свидетели события (ФИО, контактный телефон);

- ФИО и адреса врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений;

- вид лечения (стационарное, амбулаторное, консервативное, оперативное, гипсовая повязка, физиотерапия);

- сведения о проведенном в связи с событием расследовании/ экспертизе;

- сведения о наличии у Застрахованного лица травм и заболеваний в течение жизни;

- сведения об обращении с заявлением о страховой выплате в другие страховые компании по поводу того же и/ или иного события и получения страховых выплат;

13.1.2. Полные банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;

13.1.3. Договор страхования (страховой полис, страховой сертификат);

- 13.1.4. Квитанцию об уплате страховой премии (страховых взносов), если она (они) уплачивалась наличными деньгами;
- 13.1.5. Паспорт/ Удостоверение личности/ Свидетельство о рождении, Водительское удостоверение Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя, Наследника;
- 13.1.6. Нотариально удостоверенная доверенность на представление интересов при получении страховой выплаты (в случае, если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель доверяет получение страховой выплаты третьему лицу);
- 13.1.7. Свидетельство о праве на наследство;
- 13.1.8. Документы об опекунстве/усыновлении/попечительстве Выгодоприобретателя (в случае если Выгодоприобретателем является малолетнее или недееспособное лицо);
- 13.1.9. Постановление органа опеки и попечительства об установлении опеки и попечительства Застрахованного лица над подопечными;
- 13.1.10. Документ органа опеки и попечительства, подтверждающий отсутствие родителей у Застрахованного лица и факт его воспитания и содержания Выгодоприобретателем;
- 13.1.11. Согласие органов опеки и попечительства, в случае, если выплата страхового возмещения будет производиться представителю лица Выгодоприобретателя, не достигшего возраста 18 лет.
- 13.1.12. Заявление о страховании;
- 13.1.13. Кредитный договор;
- 13.1.14. Справка из банка о размере задолженности кредитозаемщика на дату заявленного события, если иная дата не указана в Договоре страхования;
- 13.1.15. При условии, что выплата должна осуществляться в связи с нарушением состояния здоровья Застрахованного лица либо в связи с его смертью:
- 13.1.15.1. Медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия договора страхования травмы и/или случайного острого отравления, обстоятельства их получения, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия:
- эпикризы из медицинских учреждений;
 - выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин и времени нахождения на листке нетрудоспособности;
 - амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы
 - карта стационарного больного;
 - результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических, иммуногистохимических исследований;
 - заключения и результаты консультаций медицинских специалистов;
 - протокол хирургического вмешательства;
 - сопроводительный лист скорой медицинской помощи;
 - журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных.
- 13.1.15.2. Медицинские документы об обследовании и лечении Застрахованного лица по поводу заболевания, присасывания клеща, содержащие полный клинический диагноз, сведения о времени начала заболевания (дате заболевания) и дате установления диагноза, сроки лечения и временной нетрудоспособности, связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза:
- эпикризы из медицинских учреждений;
 - выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, нахождения на листке нетрудоспособности;
 - амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы;
 - карта стационарного больного;
 - результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических исследований;

- заключения и результаты консультации медицинских специалистов;
- протокол хирургического вмешательства;
- медицинская справка о зафиксированном факте присасывания клеща с указанием локализации и проведенных мероприятиях, необходимой дозы противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата), даты введения, серии и номера вакцины противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата); оригиналы документов об оплате медицинских услуг с их расшифровкой; оригиналы документов о приобретении противоклещевого иммуноглобулина (иного замещающего его препарата);
- справка о впервые выявленном онкологическом заболевании;
- сопроводительный лист скорой медицинской помощи;
- журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных.

13.1.15.3. Медицинские документы, подтверждающие наличие причинно-следственной связи развившегося у Застрахованного лица заболевания с его профессиональной деятельностью:

- эпикризы из медицинских учреждений;
- выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, нахождения на листке нетрудоспособности;
- амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы;
- карта стационарного больного;
- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- заключения и результаты консультации медицинских специалистов;
- протокол хирургического вмешательства;
- справка о впервые выявленном онкологическом заболевании.

13.1.15.4. Акт о несчастном случае на производстве по форме, предусмотренной законодательством Российской Федерации.

13.1.15.5. Акт о случае профессионального заболевания по форме, предусмотренной законодательством Российской Федерации.

13.1.15.6. Заключение врачебно-летней экспертной комиссии и/ или военно-врачебной комиссии.

13.1.15.7. Направление на МСЭ.

13.1.15.8. Справка МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности.

13.1.15.9. Выписка из акта освидетельствования органом МСЭ.

13.1.15.10. Справка МСЭ об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

13.1.15.11. Документы, подтверждающие факт и длительность временной нетрудоспособности Застрахованного лица:

- листок нетрудоспособности, оформленный в установленном законодательством порядке;
- справка о временной нетрудоспособности для учащихся;
- справка о временной нетрудоспособности для военнослужащих.

13.1.15.12. Справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза.

13.1.15.13. Документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления события:

- постановления (определения) следственных органов;
- решение (определение) или приговор, или определение суда;
- справка о ДТП;
- акт о несчастном случае на воздушном, железнодорожном, речном, морском транспорте, оформляемый перевозчиком в установленном законодательстве Российской Федерации порядке.

13.1.15.14. Результаты судебно-медицинских исследований.

13.1.15.15. Акт о случае получения травмы, составленный по месту ее получения в любой организации и учреждении и результаты внутреннего расследования заявленного случая.

13.1.15.16. Документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в момент травмы на территории страхования.

13.1.15.17. Свидетельство о смерти Застрахованного лица.

13.1.15.18. Окончательное медицинское свидетельство о смерти.

13.1.15.19. Протокол и заключение патолого-анатомического исследования.

13.1.15.20. Полис обязательного медицинского страхования (ОМС).

13.1.15.21. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС).

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

Письменные документы должны быть представлены на бланках либо листах со штампом выдавшего их учреждения или организации.

Документы и копии документов должны быть заверены в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

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

13.3. В зависимости от обстоятельств наступления страхового случая перечень документов, предусмотренный п.13.1. настоящих Правил страхования может быть конкретизирован Страховщиком.

14. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СТРАХОВОЙ СУММЫ

14.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения и страховой суммы в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

14.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

14.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

14.1.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

14.1.4. пребывания Застрахованного лица на территориях Российской Федерации в районах действия незаконных вооруженных формирований;

14.2. Страховщик вправе расширить страховое покрытие на события, указанные в пп.14.1.1. - 14.1.4. настоящих Правил, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

14.3. Страховщик также освобождается от выплаты страхового обеспечения и страховой суммы в случаях, указанных в п.4.15. раздела 4 настоящих Правил.

14.4. Страховщик также вправе отказать в страховой выплате в случаях, указанных в пп.11.3.19. настоящих Правил.

15. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

15.1. Споры, связанные с заключением, исполнением и прекращением действия заключенного в соответствии с настоящими Правилами Договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении согласия спор передается на рассмотрение суда по месту нахождения Страховщика, если иное не установлено Договором страхования.

15.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение периода, установленного действующим законодательством Российской Федерации.