

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

 Т.М. Гай

«30» мая 2016 г.

**ПРАВИЛА
страхования от несчастных случаев и болезней**

г. Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**
- 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**
- 4. СТРАХОВАЯ СУММА**
- 5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**
- 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**
- 9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**
- 10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)**
- 11. ФОРС-МАЖОР**
- 12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней (далее - Правила) приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе общие (стандартные) условия и порядок страхования, в соответствии с которыми Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности (далее – Страховщик), заключает со Страхователями договоры страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Договоры).

1.2. По Договору (Полису) (далее именуемые «Договор»), заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении события, произошедшего в период страхования (страхового покрытия) на территории страхования, признанного Страховщиком страховым случаем, предусмотренным Договором, произвести страховую выплату Застрахованному или лицу, имеющему право на получение страховой выплаты в соответствии с условиями настоящих Правил, Договора страхования и Программы страхования в пределах определенной Договором страховой суммы, независимо от сумм, причитающихся им по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.3. При заключении Договора на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) и Страховщиком. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора, обязательны для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), если в тексте Договора имеется ссылка на данные Правила, а сами правила вручены Страхователю при заключении Договора и (или) размещены на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

1.4. В Договоре оговариваются конкретные условия страхования. По соглашению Сторон в Договор могут быть включены иные условия, дополнения, исключения, уточнения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между положениями Договора и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения Договора.

1.5. Страховщик и Страхователь являются Сторонами по Договору (далее по тексту Правил по отдельности Сторона или при совместном прочтении Стороны).

1.6. В маркетинговых, рекламных и иных целях своей деятельности Страховщик вправе также давать различные названия отдельным группам единообразных Договоров страхования (Полисов), заключенным на основе настоящих Правил.

1.7. Термины и понятия, применяемые в Правилах:

1.7.1. Страховщик – Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и действующее на основании лицензии, полученной в установленном порядке.

1.7.2. Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель), зарегистрированный в установленном порядке, дееспособное физическое лицо (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства), заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком Договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц) – договоры коллективного страхования. Страхователи - физические лица - заключают со Страховщиком Договоры в свою пользу (в этом случае они считаются Застрахованными) или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

1.7.2.1. При реорганизации Страхователя в период страхования его права и обязанности по Договору переходят с согласия Страховщика к соответствующему Правопреемнику в порядке, определяемом действующим законодательством Российской Федерации.

1.7.2.2. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, заключившего Договор в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим Договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом прав и обязанностей по Договору права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

1.7.2.3. Если в период страхования Страхователь судом признан недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя осуществляют его опекун или попечитель.

1.7.2.4. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

1.7.3. Застрахованный (Застрахованное лицо) – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор.

1.7.3.1. Договор может заключаться в отношении Застрахованных лиц, отвечающих определенным в нем критериям, без персонификации этих лиц на момент заключения Договора, в частности при страховании посетителей массовых мероприятий (п. 1.7.30. настоящих Правил), постояльцев гостиничных комплексов (п. 1.7.34. настоящих Правил), в иных случаях.

1.7.3.2. Застрахованное лицо при страховании посетителей массовых мероприятий – физическое лицо, в отношении которого одновременно выполняются следующие условия:

1.7.3.2.1. лицо имеет при себе Билет (п. 1.7.29. настоящих Правил);

1.7.3.2.2. находится на определенном в билете массовом мероприятии в месте проведения данного массового мероприятия во время проведения данного массового мероприятия;

1.7.3.2.3. не является лицом, страдающим хотя бы одним из онкологических, тяжелых нервных заболеваний;

1.7.3.2.4. не является душевнобольным, инвалидом любой группы, инфицированным ВИЧ.

1.7.3.3. Застрахованное лицо при страховании постояльцев гостиничных комплексов - физическое лицо, в отношении которого одновременно выполняются следующие условия:

1.7.3.3.1. лицо имеет при себе Документ, удостоверяющий право нахождения в гостиничном комплексе (п. 1.7.33. настоящих Правил);

1.7.3.3.2. не является лицом, страдающим хотя бы одним из онкологических, тяжелых нервных заболеваний;

1.7.3.3.3. не является душевнобольным, инвалидом любой группы, инфицированным ВИЧ.

1.7.4. Выгодоприобретатель – лицо, назначенное Страхователем для получения страховой выплаты по Договору или являющееся таковым в силу закона. Выгодоприобретателем по Договору является Застрахованное лицо, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо (а в случае смерти Застрахованного – его законные наследники).

1.7.4.1. Заключение Договора в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, если только Договором не предусмотрено иное или обязанности Страхователя выполнены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем).

1.7.5. Страховой риск – это предполагаемое событие, на случай наступления которого, в соответствии с настоящими Правилами, проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

1.7.6. Страховой случай – предусмотренное настоящими Правилами, Договором, Программой страхования событие, совершившееся в период страхования (страхового покрытия) на территории страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в соответствии с настоящими Правилами, Договором, Программой страхования. Признание (непризнание) события страховым случаем оформляется составлением (подписанием) Страховщиком Страхового акта. До момента составления (подписания) Страховщиком Страхового акта, признающего (не признающего) событие страховым случаем, событие считается имеющим признаки страхового случая.

1.7.7. Программа страхования – перечень страховых рисков, обстоятельств наступления страхового случая и особенностей осуществления страховой выплаты по Договору. Программа страхования признается неотъемлемой частью Договора.

1.7.8. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору. Если иное не определено Договором, сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям по Договору не может превышать страховую сумму, указанную в Договоре.

1.7.9. Страховая выплата – денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая (признании Страховщиком наступившего события страховым случаем). Страховая выплата осуществляется в пределах определенной Договором страховой суммы.

1.7.10. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы.

1.7.11. Страховая премия (страховой взнос) - денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору Страховщику в качестве платы за страхование. 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.

1.7.12. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает (меньше или равен) размер франшизы,

однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Условия применения и размер франшизы устанавливаются Договором. Если Договором предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

1.7.13. Период страхования – период времени между датами, указанными в Договоре, в течение которого могут произойти события, имеющие признаки страхового случая в соответствии с условиями Договора и настоящих Правил.

По страхованию от Несчастного случая в Договоре устанавливается период страхового покрытия. Если Несчастный случай произошел вне периода страхового покрытия, указанного в Договоре, то обусловленные им события не являются страховыми случаями и выплат по ним не производится. Конкретные варианты периода страхового покрытия установлены в п. 3.4. Правил.

1.7.14. Активный отдых – времяпрепровождение на территории страхования в форме следующих видов активности, которыми Застрахованный занимается однократно или нерегулярно (непостоянно, эпизодически): водные мотоциклы, водные лыжи, катамараны, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов; поездки на велосипедах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах, сафари; прогулки на лошадях, верблюдах, слонах и др. животных; пляжный волейбол, волейбол, гандбол, футбол, и другие спортивные игры; беговые лыжи, коньки, скейтборд, роликовые коньки, поездки на снегоходах, сани, надувные или иные приспособления для спуска, скалодром, пейнтбол, мотоспорт, бадминтон, настольный теннис, сквош, теннис, боулинг, бильярд, гольф, городошный спорт, бег, плавание, фитнес, аэробика, легкая атлетика, парусный спорт, прыжки в воду, иные занятия, требующие применения специального снаряжения, оборудования, спортивной одежды и обуви. Виды активности, не указанные в настоящем пункте, относятся по аналогии к наиболее близкому виду.

1.7.15. Экстремальный отдых – времяпрепровождение на территории страхования в форме следующих видов активности, которыми Застрахованный занимается однократно или нерегулярно (непостоянно, эпизодически): серфинг, виндсерфинг, вейкбординг, кайтинг, рафтинг, каякинг, гребля на байдарках и каноэ, виндсерфинг, подводный спорт (дайвинг, ориентирование, подводная охота и др.), горные лыжи, фристайл, сноуборд, горный велосипед, парапланеризм, скалолазание, бейсджампинг, банджи-джампинг, роуп-джампинг, клифф-дайвинг, прыжки на джамперах (poweriser, skyrunner, pogostick и др.) охота, зимняя рыбалка, спелеотуризм, паркур, а также иные виды активности, прямо указанные в Договоре. Виды активности, не указанные в настоящем пункте, относятся по аналогии к наиболее близкому виду.

1.7.16. Спорт – осуществление Застрахованным тренировочного процесса и/или участие в соревнованиях, при условии, что Застрахованный является членом (участником, учащимся) спортивной школы, спортивного клуба, спортивного общества, федерации того или иного вида спорта, и/или занимается на профессиональной (регулярной) основе следующими видами спорта (активности): керлинг, стрелковый спорт, спортивное ориентирование, спортивный туризм, водное поло, плавание, синхронное плавание, спортивная аэробика, танцевальный спорт, художественная гимнастика, фехтование, фигурное катание, конькобежный спорт, лыжный спорт, биатлон, многоборье (триатлон, современное пятиборье и др.), рыболовный спорт, тяжелая атлетика, пауэрлифтинг, хоккей на траве, хоккей с мячом, хоккей с шайбой, американский футбол, регби, баскетбол, волейбол, пляжный волейбол, бейсбол, софтбол, русская лапта, гандбол, футбол, мотобол, автоспорт, бобслей, санный спорт, боевые искусства и борьба, спортивная акробатика, спортивная гимнастика, конный спорт, мотоспорт. Виды спорта, не включенные в данную Таблицу, относятся по аналогии к наиболее близкому виду.

1.7.17. Телесное повреждение – травма (нарушение структуры, анатомической целостности органов и тканей человека), полученная Застрахованным вследствие Несчастного случая.

1.7.18. Несчастный случай – фактически произошедшее с Застрахованным лицом в течение периода страхования и в период страхового покрытия (п. 3.4 настоящих Правил) внезапное, непредвиденное событие, повлекшее за собой последствия, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.5., 3.1.6., 3.1.9., 3.1.11., 3.1.12., 3.1.15. настоящих Правил). К несчастным случаям по настоящим Правилам относятся:

1.7.18.1. Травмы, под которыми понимаются:

1.7.18.1.1. телесные повреждения в результате взрыва, ожог (в т.ч. химический), обморожение, переохлаждение организма (за исключением простудного заболевания), утопление, поражение электрическим током, удар молнии, солнечный удар;

1.7.18.1.2. ранение, перелом (за исключением патологического перелома, если Договором не предусмотрено иное), вывих сустава (за исключением привычного вывиха, если Договором не предусмотрено иное), травматическая потеря зубов, инородное тело глаза, повреждения мышцы, разрыв связки, сухожилия, повреждения внутренних органов, мягких тканей, сдавления;

1.7.18.1.3. сотрясение мозга (кроме случаев, указанных в п. 3.6.19. настоящих Правил);

1.7.18.1.4. ушиб мозга;

1.7.18.1.5. асфиксия, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;

1.7.18.1.6. телесные повреждения в результате нападения животных, в том числе змей, а также укусы насекомых, которые привели к возникновению анафилактического шока;

1.7.18.2. Заболевания, вызванные укусами животных или насекомых, в том числе клещевой энцефалит, бешенство, столбняк.

1.7.18.3. Отравления, под которыми понимаются:

1.7.18.3.1. случайное острое отравление ядовитыми растениями; химическими веществами, за исключением пищевой токсикоинфекции (ботулизма, сальмонеллеза, дизентерии, шигеллеза, клебсиеллеза, иерсиниоза и других заболеваний в соответствии с кодом A05 по МКБ-10);

1.7.18.3.2. случайное острое отравление лекарственными препаратами.

1.7.18.4. Пищевая токсикоинфекция (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиеллез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом A05 по МКБ-10). Указанные в настоящем пункте события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в Договоре.

1.7.18.5. Причинение вреда жизни и здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций. К неправильным медицинским манипуляциям относятся манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к событиям, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.5., 3.1.6., 3.1.9., 3.1.11., 3.1.12., 3.1.15. настоящих Правил). Указанные в настоящем пункте события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в Договоре.

1.7.18.6. Заболевание – диагностированное в течение периода страхования заболевание Застрахованного лица, предусмотренное Договором, повлекшее за собой последствия, на случай наступления которых осуществлялось страхование (из числа указанных в п.п. 3.1.3., 3.1.4., 3.1.7., 3.1.8., 3.1.10., 3.1.13., 3.1.14., 3.1.16., 3.1.17. настоящих Правил). В Договор могут быть включены конкретные заболевания либо любые заболевания, кроме исключенных настоящими Правилами, Программой страхования, Договором. В Договоре (Страховом полисе) данные заболевания могут сокращенно именоваться «естественные причины».

1.7.19. Хроническое заболевание – стойкое заболевание (в том числе вызванное Телесными повреждениями), существовавшее у Застрахованного лица и установленное и/или известное ему на момент заключения Договора, имеющее затяжное течение, медленно поддающееся лечению или вовсе неизлечимое, сопровождающееся периодическими обострениями и требующее долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов вне зависимости от того, осуществлялось по нему лечение или нет.

1.7.20. Медицинская помощь в неотложной форме – медицинская помощь, оказываемая при Заболеваниях, обострении Хронических заболеваний, Несчастных случаях без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

1.7.21. Медицинская помощь в экстренной форме – медицинская помощь, оказываемая при Заболеваниях, обострении Хронических заболеваний, Несчастных случаях, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

1.7.22. Медицинская организация – юридическое лицо, имеющее право (лицензию) на оказание медицинских услуг по законодательству страны, в которой оказываются такие услуги.

1.7.23. Врач – специалист с законченным и подтвержденным дипломом высшим медицинским образованием, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного), осуществляющий медицинскую деятельность в стране пребывания Застрахованного лица в порядке, установленном законодательством этой страны.

1.7.24. Врач-эксперт Страховщика – специалист с законченным и надлежащим образом зарегистрированным медицинским образованием, действующий в рамках лицензии (сертификата) на осуществление медицинской деятельности, привлекаемый Страховщиком по гражданско-правовому или трудовому договору для проведения медицинской экспертизы.

1.7.25. Амбулаторное лечение – лечение в Медицинской организации, обеспечивающей комплекс медицинских услуг, имеющей специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности и укомплектованной необходимым медицинским персоналом.

1.7.26. Стационарное лечение – лечение в специализированной Медицинской организации, предназначенном для круглосуточного пребывания, наблюдения и лечения пациентов (больных), которая имеет диагностическое и хирургическое отделение, укомплектовано необходимым медицинским персоналом (врачами, средним медицинским персоналом) и имеет специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности.

1.7.27. Госпитализация – процесс помещения Застрахованного для проведения экстренного (неотложного) Стационарного лечения в Медицинской организации, имеющей право (лицензию) на осуществление Стационарного лечения.

При этом госпитализацией не признается помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования, проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, а также задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.7.28. Территория страхования – регион, страна, группа стран, географическая зона, указанная в Договоре, произошедшее в пределах которой событие может быть признано страховым случаем в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора (п. 3.9. настоящих Правил). Событие, наступившее вне указанной в Договоре территории страхования, не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

1.7.29. Билет – документ, удостоверяющий право на посещение массового мероприятия, форма которого утверждена в установленном порядке как бланк строгой отчетности. В целях настоящих Правил к билетам также относятся абонементы и экскурсионные путевки, формы которых утверждены как бланки строгой отчетности; если это предусмотрено Договором – фискальные чеки.

1.7.30. Массовое мероприятие – культурно-массовое или спортивное мероприятие, для посещения которого необходимо наличие Билета.

1.7.31. Ожидаемая посещаемость мероприятия – ожидаемое количество лиц, которые должны посетить мероприятие.

1.7.32. Фактическая посещаемость мероприятия – фактическое количество лиц, посетивших мероприятие.

1.7.33. Документ, удостоверяющий право нахождения в гостиничном комплексе – документ, форма которого утверждена в установленном порядке как бланк строгой отчетности, к которым для целей настоящих Правил относятся договор о предоставлении услуг, заполненная регистрационная карточка с указанием номера комнаты, визитная карточка (карточка гостя) – документ на право входа в гостиничный комплекс и ключ от номера.

1.7.34. Гостиничный комплекс – организация, основным видом деятельности которой является предоставление услуг размещения для временного проживания, для посещения которого необходимо наличие документа, указанного в п. 1.7.33. настоящих Правил.

1.7.35. Вместимость гостиничного комплекса – количество койко-мест для размещения постояльцев.

1.7.36. Фактическая заполненность гостиничного комплекса – фактическое количество зарегистрированных постояльцев.

1.7.37. Простая электронная подпись – в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи» совокупность информации, идентифицирующей личность Страхователя - физического лица, отправленная Страховщику с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.guideh.com в процессе формирования Заявления (п. 1.7.38. настоящих Правил), включая информацию, связанную с оплатой страховой премии.

1.7.38. Заявление о заключении договора страхования в форме электронного документа – одновременно создаваемая и отправляемая Страхователем Страховщику совокупность следующих видов информации в электронной форме:

1.7.38.1. данные Страхователя, Застрахованных лиц, данные о страховых рисках, территории страхования, периоде страхования, периоде страхового покрытия, страховой сумме и иные данные из числа указанных в п. 6.2.-6.6. настоящих Правил, необходимые для заключения Договора страхования;

1.7.38.2. положительная отметка напротив заявления «Я хочу заключить Договор страхования и выражаю свое согласие с условиями Публичной оферты».

отправленная Страховщику с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.guideh.com и подписанная простой электронной подписью Страхователя - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи», признаваемая электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в соответствии с Правилами являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или болезни (заболевания) или смертью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или болезни (заболевания).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события, за исключением событий, перечисленных в п. 3.6.-3.8. настоящих Правил (указанные в кавычках краткие названия страховых рисков приведены для удобства оформления Договоров и не могут использоваться для определения событий, на случай наступления которых осуществляется страхование):

3.1.1. «**Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая**». Для работающих Застрахованных лиц страховым риском является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная несчастным случаем. Фактом временной утраты трудоспособности признается:

3.1.1.1. нетрудоспособность определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил);

3.1.1.2. нетрудоспособность любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.2. настоящих Правил).

3.1.2. **«Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая».** Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное несчастным случаем. Фактом временного расстройства здоровья признается:

3.1.2.1. лечение определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил);

3.1.2.2. лечение любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.2. настоящих Правил) и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем.

3.1.3. **«Временная утрата трудоспособности в результате заболевания».** Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшая в течение периода страхования временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями Договора. Фактом временной утраты трудоспособности признается:

3.1.3.1. нетрудоспособность определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил);

3.1.3.2. нетрудоспособность любой продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.2. настоящих Правил).

3.1.4. **«Временное расстройство здоровья в результате заболевания».** Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшее в течение периода страхования временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями Договора. Фактом временного расстройства здоровья по данному риску признается:

3.1.4.1. лечение определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил);

3.1.4.2. лечение любой продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний (если при заключении Договора выбран вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.2. настоящих Правил).

3.1.5. **«Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая»:**

3.1.5.1. Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) страховым риском является постоянная утрата трудоспособности, под которой понимается установление инвалидности I, II или III группы, обусловленное несчастным случаем и произошедшее в течение 1 года со дня данного несчастного случая;

3.1.5.2. Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет страховым риском является установление инвалидности, обусловленное несчастным случаем и произошедшее в течение 1 года со дня данного несчастного случая. При этом под установлением инвалидности понимается установление категории «ребенок-инвалид», либо, если несчастный случай произошел с Застрахованным лицом в возрасте до 18 лет, но на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 лет, - установление любой группы инвалидности.

3.1.6. **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»** – невозможность занятия своей привычной трудовой деятельностью, которой Застрахованное лицо занималось до наступления несчастного случая, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой оно может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, обусловленная несчастным случаем и установленная в течение 1 года со дня данного несчастного случая.

3.1.7. **«Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате заболевания»:**

3.1.7.1. Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) страховым риском является постоянная утрата трудоспособности, под которой понимается установление инвалидности I, II или III группы, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями Договора, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания;

3.1.7.2. Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет страховым риском является установление инвалидности, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями Договора, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания. При этом под установлением инвалидности понимается установление категории «ребенок-инвалид», либо, если заболевание произошло с

Застрахованным лицом в возрасте до 18 лет, но на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 лет, - установление любой группы инвалидности.

Страхование на случай «Постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) в результате заболевания», выразившейся в установлении инвалидности III группы, осуществляется, только если это особо указано в Договоре.

3.1.8. **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания»** - невозможность занятия своей привычной трудовой деятельностью, которой Застрахованное лицо занималось до наступления заболевания, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой оно может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями Договора, и установленная в течение 1 года с даты установления данного диагноза.

3.1.9. **«Смерть в результате несчастного случая»** - смерть Застрахованного лица, обусловленная несчастным случаем, и произошедшая в течение 1 года со дня данного несчастного случая.

3.1.10. **«Смерть в результате заболевания»** - смерть Застрахованного лица, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями Договора, и произошедшая в течение периода страхования.

3.1.11. **«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства».** Для работающих Застрахованных лиц страховым риском является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому).

3.1.11.1. Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил).

3.1.12. **«Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства».** Для неработающих Застрахованных лиц страховым риском является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая, приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому).

3.1.13. **«Временная утрата трудоспособности в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства».** Для работающих Застрахованных лиц страховым риском является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате заболевания, предусмотренного условиями Договора, диагностированного в течение периода страхования и приведшего к необходимости оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому), наступившая в течение периода страхования.

3.1.13.1. Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил). Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение периода страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания периода страхования.

3.1.14. **«Временное расстройство здоровья в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства».** Для неработающих Застрахованных лиц страховым риском является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате заболевания, предусмотренного условиями Договора, диагностированного в течение периода страхования и приведшего к необходимости оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому), наступившее в течение периода страхования.

3.1.14.1. Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности, обусловленное пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил). Если период временного расстройства здоровья, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в период страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временного расстройства здоровья, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания периода страхования.

3.1.15. **«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая, приведшего к необходимости экстренной госпитализации».** Страховым риском является временная утрата трудоспособности, наступившая в течение периода страхования в результате несчастного случая, приведшего к необходимости экстренной госпитализации с целью проведения неотложного оперативного вмешательства и/или оказания медицинской помощи в отделении реанимации и/или интенсивной терапии.

3.1.15.1. Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1.

настоящих Правил). Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение периода страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания периода страхования.

3.1.16. **«Временная утрата трудоспособности в результате заболевания, приведшего к необходимости экстренной госпитализации».** Страховым риском является временная утрата трудоспособности, наступившая в течение периода страхования в результате заболевания, приведшего к необходимости экстренной госпитализации с целью проведения неотложного оперативного вмешательства и/или оказания медицинской помощи в отделении реанимации и/или интенсивной терапии.

3.1.16.1. Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 6.10.1. настоящих Правил). Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение периода страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания периода страхования.

3.1.17. **«Впервые диагностированное заболевание».** Страховым риском является заболевание Застрахованного лица, предусмотренное Договором, впервые диагностированное в течение периода страхования, при условии документального подтверждения установленного диагноза. По данному риску на страхование принимаются лица от 18 лет.

3.2. Перечень конкретных страховых рисков согласовывается между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре и/или Программе страхования - указываются соответствующие риски (их названия или пункты настоящих Правил):

- 3.2.1. Страховые риски, указанные в п. 3.1.1, 3.1.3. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания»;
- 3.2.2. Страховые риски, указанные в п. 3.1.2, 3.1.4. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая или заболевания»;
- 3.2.3. Страховые риски, указанные в п. 3.1.5, 3.1.7. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая или заболевания».
- 3.2.4. Страховые риски, указанные в п. 3.1.6, 3.1.8. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания»;
- 3.2.5. Страховые риски, указанные в п. 3.1.9, 3.1.10. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Смерть в результате несчастного случая или заболевания»;
- 3.2.6. Страховые риски, указанные в п. 3.1.1, 3.1.2. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Временная утрата трудоспособности (временное расстройство здоровья) в результате несчастного случая»;
- 3.2.7. Страховые риски, указанные в п. 3.1.3, 3.1.4. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Временная утрата трудоспособности (временное расстройство здоровья) в результате заболевания»;
- 3.2.8. Страховые риски, указанные в п. 3.1.1.-3.1.4. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Временная утрата трудоспособности (временное расстройство здоровья) в результате несчастного случая или заболевания».

3.3. Страховым случаем, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (при условии соблюдения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) условий Договора и настоящих Правил), является совершившееся на территории страхования в период страхования (страхового покрытия) событие из числа указанных в п. 3.1. настоящих Правил, предусмотренное Договором и Программой страхования, не являющееся исключением (т.е. событием, указанным в п. 3.6., п. 3.7., п. 3.8. настоящих Правил), с учетом п. 9.1. настоящих Правил, Раздела 10 настоящих Правил и иных положений настоящих Правил.

3.4. По настоящим Правилам могут быть предусмотрены следующие варианты периода страхового покрытия в течение периода страхования:

3.4.1. для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно), а также для работающих несовершеннолетних:

- 3.4.1.1. «24 часа в сутки»;

- 3.4.1.2. Период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в Договоре видами спорта («Несчастный случай во время занятий спортом»);
- 3.4.1.3. «Период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей».
- 3.4.1.3.1. Данный период страхового покрытия начинается в момент начала рабочего времени и заканчивается в момент окончания рабочего времени, предусмотренного для Застрахованного лица, и распространяется на те дни, в которые Застрахованное лицо исполняет трудовые обязанности.
- 3.4.1.3.2. Если для Застрахованного лица локальным нормативным актом работодателя установлен индивидуальный режим рабочего времени, данным периодом страхового покрытия для Застрахованного лица является период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с данным локальным нормативным актом.
- 3.4.1.3.3. Если иное не предусмотрено Договором, для Застрахованных лиц, работающих вахтовым методом, иных Застрахованных лиц, характер выполняемой работы которых исключает возможность ежедневного возвращения к месту проживания (исключая лиц, находящихся в командировках), в данный период страхового покрытия не включается:
- 3.4.1.3.3.1. время междусменного отдыха, в том числе, время междусменного отдыха при следовании на транспортном средстве в качестве сменщика (водитель-сменщик на транспортном средстве, проводник или механик рефрижераторной секции в поезде, член бригады почтового вагона и другие), время ежедневного (междусменного) отдыха при работе вахтовым методом и т.д.;
- 3.4.1.3.3.2. время, необходимое для приведения в порядок орудий производства и одежды, выполнения других предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка действий перед началом и после окончания работы;
- 3.4.1.3.3.3. время нахождения на судне (воздушном, морском, речном) в свободное от вахты и судовых работ время.
- 3.4.1.3.4. Если иное не предусмотрено Договором, для Застрахованных лиц, находящихся в командировках, в данный период страхового покрытия включается период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка работодателя Застрахованного лица.
- 3.4.1.3.5. Если иное не предусмотрено Договором, время проезда к месту командирования и обратно в данный период страхового покрытия не включается.
- 3.4.1.4. Иной согласованный сторонами в Договоре период времени.
- 3.4.2. для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений:
- 3.4.2.1. «24 часа в сутки»;
- 3.4.2.2. Период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в Договоре видами спорта («Несчастный случай во время занятий спортом»);
- 3.4.2.3. «Период нахождения Застрахованного лица в дошкольном или учебном заведении»;
- 3.4.2.4. Иной согласованный сторонами в Договоре период времени.
- 3.5. Особенности применения периода страхового покрытия:
- 3.5.1. Страхование на случай заболеваний по п.п. 3.1.3., 3.1.4., 3.1.7., 3.1.8., 3.1.10., 3.1.13., 3.1.14., 3.1.16., 3.1.17. настоящих Правил действует 24 часа в сутки.
- 3.6. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором, не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица в результате:
- 3.6.1. события, произошедшего вне Территории страхования, указанной в Договоре;
- 3.6.2. события, произошедшего вне периода страхования (вне периода страхового покрытия);
- 3.6.3. участия Застрахованного в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях, вторжениях, боевых действиях (независимо от того, была объявлена война или нет), действиях вооруженных формирований, бунтах, мятежах, восстаниях, революциях, гражданских волнениях, политических демонстрациях, несанкционированных митингах, гражданских войнах, террористических актах (согласно ст. 205 УК РФ), забастовках;
- 3.6.4. чрезвычайных (особых) положений, объявленных органами власти в установленном законом порядке в связи с событиями, перечисленными в п. 3.6.3. Правил;
- 3.6.5. службы Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях;
- 3.6.6. обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор);
- 3.6.7. воздействия ядерной энергии в любой форме, химического заражения, бактериологического заражения;
- 3.6.8. при совершении Застрахованным лицом умышленных действий, в том числе умышленного причинения телесных повреждений, повлекших причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица;
- 3.6.9. при совершении Застрахованным лицом умышленного противоправного действия;
- 3.6.10. покушения Застрахованного лица на самоубийство или совершения им самоубийства, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до этого противоправными действиями третьих лиц. При этом Страховщик не освобождается от обязанности произвести страховую выплату в

случае смерти Застрахованного лица в результате самоубийства, если к этому моменту договор страхования действовал не менее 2 лет;

3.6.11. совершения Страхователем, Выгодоприобретателем умышленных действий, направленных на причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, в том числе умышленного причинения телесных повреждений Застрахованному лицу;

3.6.12. отказа Застрахованного от выполнения предписаний лечащего врача (их нарушения), полученных им в связи с обращением по поводу несчастного случая или заболевания;

3.6.13. несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в результате алкогольного опьянения, в состоянии наркотического или токсического опьянения, в связи с употреблением токсических, наркотических средств (их заменителей), галлюциногенов, а также заболеваний, вызванных употреблением перечисленных веществ;

3.6.14. события, произошедшего в результате дорожно-транспортного происшествия (или иной транспортной аварии, в том числе с использованием гидроцикла, мотовездехода, снегохода, катера, моторной лодки и т.д.), если Застрахованное лицо управляло транспортным средством, не имея удостоверения на право управления данным типом транспортного средства, либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо после принятия лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством, либо передало управление лицу, не имеющему удостоверения на право управления данным типом транспортного средства, либо находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.6.15. события, возникшего при участии в любого рода соревнованиях, подготовке к ним, тренировках, спортивных сборах), если Договором не предусмотрено иное;

3.6.16. события, возникшего в связи с занятиями Активным отдыхом, Экстремальным отдыхом, Спортом, если иное не предусмотрено Договором;

3.6.17. события, произошедшего в местах лишения свободы;

3.6.18. события, связанного с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и прочих злоупотреблений/зависимостей Застрахованного;

3.6.19. сотрясения мозга при сроках лечения:

3.6.19.1. для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) – менее 14 дней;

3.6.19.2. для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет – менее 10 дней;

3.6.20. события, связанного с возникновением, обострением или осложнением у Застрахованного психических, психосоматических, психоневрологических заболеваний, судорожных состояний, неврозов (панические атаки, эпилепсия, депрессия, истерические синдромы, стресс и т.п.), а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

3.6.21. события, связанного с лечением у Застрахованного ВИЧ-инфекции и заболеваний, являющихся ее следствием или осложнением, первичных и вторичных иммунодефицитных состояний и аутоиммунных заболеваний;

3.6.22. события, связанного с онкологическими заболеваниями, новообразованиями (злокачественными и доброкачественными), в том числе кроветворной и лимфатической ткани, а также заболеваниями, являющимися их следствием или осложнением, с момента установления диагноза;

3.6.23. события, произошедшего вследствие оказания Застрахованному медицинской помощи организацией или лицом, не имеющим соответствующей лицензии, либо права на осуществление медицинской деятельности на момент оказания медицинской помощи;

3.6.24. если иное не предусмотрено Договором, события, наступившего в связи с:

3.6.24.1. полетом Застрахованного лица на летательном аппарате любого рода, кроме случаев полета в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или чартерным перелетом по установленному маршруту, на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным экипажем;

3.6.24.2. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах;

3.6.24.3. прыжками с парашютом;

3.6.25. применения лекарственных и иных препаратов медицинского назначения без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет сам по отношению к себе или поручает другому лицу.

3.6.26. по страхованию на случай заболеваний:

3.6.26.1. заболеваний, не предусмотренных Договором (кроме Договоров страхования, по которым осуществляется страхование от любых заболеваний, кроме напрямую исключенных Правилами, Программой страхования и Договором);

3.6.26.2. заболеваний, имевшихся у Застрахованного лица, о которых Страхователь (Застрахованное лицо) знал, но не сообщил Страховщику при заключении Договора. Данное исключение распространяется на риски согласно п.п. 3.1.3., 3.1.4., 3.1.7., 3.1.8., 3.1.10., 3.1.13., 3.1.14., 3.1.16. настоящих Правил (если Договором не предусмотрено иное);

3.6.26.3. заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до заключения Договора. Данное исключение распространяется на риски согласно п. 3.1.17. настоящих Правил;

3.6.26.4. если это особо предусмотрено Договором – для лиц, впервые принимаемых на страхование, не является застрахованным событие, указанное в п. 3.1.3., 3.1.4. настоящих Правил, если диагноз соответствующего заболевания установлен в течение определенного периода с даты заключения Договора;

3.6.26.5. наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

3.6.26.6. последствий полиомиелита, энцефалита, менингита, полиневрита;

3.6.26.7. следующих заболеваний: туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, хроническая почечная и печеночная недостаточность, хронический гепатит, цирроз печени, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания, системные заболевания соединительной ткани, болезнь Бехтерева, заболевания крови, герпес, кожные заболевания (псориаз, нейродермит, экзема), микоз, паразитарные заболевания, независимо от клинической формы и стадии процесса, с момента постановки соответствующего диагноза;

3.6.26.8. следующих заболеваний: особо опасные и тропические заболевания: чума, холера, оспа, желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка, сибирская язва, сыпной тиф, туберкулез и т.п. заболевания, отнесенные к особо опасным инфекционным заболеваниям согласно Международным Медико-санитарным правилам Всемирной организации здравоохранения; редкие тяжелые инфекционные заболевания (столбняк, туляремия, клещевой энцефалит, малярия, бешенство, лихорадка Эбола и т.п.);

3.6.26.9. варикозных болезней вен нижних конечностей, доброкачественных новообразований.

3.7. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором, по рискам согласно п.п. 3.1.11.-3.1.14. настоящих Правил не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты временная нетрудоспособность / временное расстройство здоровья в результате несчастного случая (заболевания), приведшего к необходимости оперативного вмешательства:

3.7.1. с целью косметологической коррекции, в том числе, для целей устранения косметологических дефектов, если данные дефекты не являются следствием несчастного случая или заболевания (из числа предусмотренных в Договоре), произошедших в течение периода страхования;

3.7.2. на глазах, не обусловленные органическими необратимыми поражениями какой-либо части глаза (например, лазерная коррекция миопии; коагуляция сетчатки, проведенная в целях подготовки к лазерной коррекции миопии и т.д.);

3.7.3. обусловленные беременностью, в том числе, операции кесарева сечения, операции по поводу внематочной беременности;

3.7.4. в полости рта в связи с заболеваниями зубов и десен.

3.8. При страховании в соответствии с настоящими Правилами не признаются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты:

3.8.1. события, произошедшие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата уплаты страховой премии (очередного платежа по страховой премии), в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного платежа по страховой премии) в размере и сроки, предусмотренные Договором;

3.8.2. события, которые обуславливают страховую выплату, размер которой не превышает (меньше или равен) размера франшизы – при установлении последней в Договоре;

3.8.3. убытки вследствие курсовой разницы, упущенная выгода, простой, потеря дохода, другие косвенные и коммерческие убытки и расходы Страхователя (Застрахованного), такие как: суммы штрафных санкций (в т.ч. неустойки, пени), расходы на проживание в гостинице во время урегулирования события, имеющего признаки страхового, командировочные расходы, расходы на телефонные переговоры и т.п.;

3.8.4. случаи установления инвалидности по переосвидетельствованию, за исключением случаев, указанных в п. 9.3.5. настоящих Правил;

3.8.5. причинение морального вреда.

3.9. Территория страхования: действие Договора распространяется на события, произошедшие на территории указанных в Договоре стран (географические зоны, регионов), за исключением государств, на территории которых ведутся военные действия.

3.10. Договор может предусматривать ограничение территории страхования в части государств, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН, а также государств, при посещении которых с очевидной вероятностью может быть нанесен вред здоровью людей.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору.

4.2. Страховая сумма устанавливается по согласованию между Страхователем и Страховщиком на всех Застрахованных или на каждого Застрахованного. Страховая сумма, установленная для конкретного Застрахованного лица, именуется далее индивидуальная страховая сумма.

4.3. Договором могут предусматриваться следующие варианты установления страховой суммы:

4.3.1. единая (общая) страховая сумма по всем рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 9.4.1. настоящих правил;

4.3.2. отдельные страховые суммы по каждому риску. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 9.4.2. настоящих Правил;

4.3.3. единая (общая) страховая сумма по части рисков, предусмотренных Договором, и отдельные страховые суммы по остальным рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 9.4.3. настоящих Правил.

4.4. Страховая сумма является максимальным размером страховой выплаты, в пределах которой Страховщик осуществляет выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период страхования. Размер суммы, в пределах которой Страховщик осуществляет последующие страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период страхования, уменьшается на размер произведенных Страховщиком страховых выплат. Страховая сумма считается уменьшенной с даты наступления страхового случая. Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком восстановить первоначальный размер страховой суммы. Страховая сумма может быть восстановлена путем заключения дополнительного соглашения к Договору на оставшийся период страхования с уплатой соответствующей дополнительной страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и том же порядке, что и Договор, с указанием восстановленной страховой суммы и дополнительной страховой премии, подлежащей оплате. Страховая сумма считается восстановленной с даты подписания дополнительного соглашения, если Договором или дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

4.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором.

4.6. В Договоре по соглашению Страхователя и Страховщика может быть согласован размер франшизы (условной или безусловной). Понятие и формы франшизы приведены в Разделе 1 настоящих Правил и уточняются в Договоре.

5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховая премия рассчитывается как произведение страховой суммы на страховой тариф.

5.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы. Размеры страховых тарифов по конкретному Договору устанавливаются по соглашению сторон при его заключении. Страховой тариф отражается в Договоре через указание страховой премии.

5.3. Страховая премия оплачивается Страхователем одновременно, если иное не согласовано Сторонами в Договоре.

Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в Договоре по соглашению Сторон.

5.4. Оплата страховой премии производится Страхователем в соответствии с условиями Договора: безналичным путем или наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Если страховую премию вместо Страхователя уплачивает какое-либо иное лицо, то оно никаких прав по Договору в связи с этим не приобретает.

5.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый платеж по страховой премии (в случае оплаты страховой премии в рассрочку) путем перечисления на расчетный счет Страховщика или путем оплаты страховой премии или первого платежа по страховой премии (при оплате в рассрочку) в кассу Страховщика в течение 5-ти рабочих дней после подписания Договора, если иной срок не согласован в Договоре.

5.6. Датой оплаты страховой премии считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика (при оплате путем безналичного расчета) или дата, указанная в квитанции установленной формы на получение страховой премии (взноса) (при оплате наличными денежными средствами).

5.7. Договор считается не вступившим в силу в случае неоплаты Страхователем страховой премии (первого платежа по страховой премии) в размере и в сроки, оговоренные в Договоре, стороны не несут по нему обязательств, события, произошедшие в течение периода страхования, указанного в таком Договоре, не являются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

5.8. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором для оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), а также уплаченные после даты, указанной в Договоре в качестве даты оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их, через кассу Страховщика или в безналичном порядке.

5.9. Если очередной платеж по страховой премии не был оплачен Страхователем в полном размере и в срок, указанный в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, то Договор может быть расторгнут по инициативе Страховщика с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, при условии письменного

уведомления Страхователя. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

5.10. Если на момент наступления страхового случая страховая премия по Договору оплачена не полностью за весь период страхования (при оплате страховой премии в рассрочку), Страховщик имеет право потребовать у Страхователя оплатить оставшуюся неоплаченную часть страховой премии до указанной в Договоре величины страховой премии вне зависимости от того, наступил ли срок уплаты очередного платежа по страховой премии. Если Страхователь возражает против оплаты страховой премии в полном объеме, Страховщик вправе удержать не невнесенную (не оплаченную) часть страховой премии из страховой выплаты.

5.11. Страховая премия по Договору оплачивается в российских рублях.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор должен быть заключен в письменной форме. Договор может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

6.2. Договор заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя (по выбору Страховщика). Если Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя, то оно является неотъемлемой частью Договора. В этом случае заявление представляется Страхователем Страховщику по установленной Страховщиком форме. В заявлении Страхователя указываются все сведения, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска, указанные в п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. Правил. Они признаются существенными условиями договора, в т.ч. при заключении Договора на основании устного заявления Страхователя.

6.3. Страхователь – юридическое лицо представляет Страховщику:

- 6.3.1. копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
- 6.3.2. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН);
- 6.3.3. копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату заключения Договора;
- 6.3.4. копию устава;
- 6.3.5. копию документа, подтверждающего полномочия представителя Страхователя (лица (включая единоличный исполнительный орган юридического лица), подписывающего Договор и при его заключении действующего от имени и в интересах или за счет Страхователя, полномочия которого основаны на доверенности, договоре, уставе, акте уполномоченного государственного органа или органа местного самоуправления, законе, на личном законе иностранной структуры без образования юридического лица);
- 6.3.6. копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;
- 6.3.7. номер телефона (факса), адрес сайта и (или) электронной почты Страхователя (при наличии);
- 6.3.8. иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма (далее - ПОД/ФТ), включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;
- 6.3.9. сведения о Застрахованных лицах и Выгодоприобретателях: ФИО, пол, дата рождения, паспортные данные; данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации; адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты (при наличии); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты (при наличии), период страхования, Программа страхования, страховая сумма на каждого Застрахованного (при наличии таковой);
- 6.3.10. Дополнительные данные (по запросу Страховщика):
 - 6.3.10.1. Данные о состоянии здоровья Застрахованного;
 - 6.3.10.2. Данные о перенесенных заболеваниях/болезнях Застрахованного;
 - 6.3.10.3. Установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы, присвоение категории «ребенок-инвалид», если иное не предусмотрено Договором;
 - 6.3.10.4. Информация об отсутствии постановки Застрахованного на учет в специальные Медицинские организации (наркологический, психоневрологический, туберкулезный или кожно-венерологический диспансер и т.д.);

- 6.3.10.5. Информация о наличии у Застрахованного хронических заболеваний;
 - 6.3.10.6. Занятие Застрахованным Активным отдыхом, Экстремальным отдыхом, любыми видами Спорта на профессиональном или любительском уровне, а также участие в соревнованиях любого рода;
 - 6.3.10.7. Данные о виде профессиональной деятельности Застрахованного, в частности занятии профессиональной деятельностью, относящейся к разряду повышенного риска (в качестве профессионального водителя автотранспорта, горняка, строителя, электромонтажника, спортсмена и т.д.);
 - 6.3.10.8. Информация о специфических рисках, которым подвержен Застрахованный;
 - 6.3.10.9. Информация об образе жизни и наличии хобби (увлечений), способных повлиять на степень риска в отношении объекта страхования, вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
 - 6.3.10.10. Иные сведения (по запросу Страховщика).
- 6.4. Страхователь – физическое лицо (в т.ч. зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) представляет Страховщику:
- 6.4.1. копию документа Страхователя, удостоверяющего его личность (для иностранных граждан и лиц без гражданства – документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
 - 6.4.2. копию удостоверяющего личность лица, подлежащего страхованию (Застрахованного), документа;
 - 6.4.3. копию миграционной карты Страхователя (Застрахованного), копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на пребывание (проживание) в Российской Федерации, если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации;
 - 6.4.4. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии);
 - 6.4.5. копию страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии);
 - 6.4.6. номер телефона, адрес электронной почты (при наличии);
 - 6.4.7. индивидуальный предприниматель – дату государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 01.01.2004), в т.ч. копию данного свидетельства, место регистрации;
 - 6.4.8. иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ;
 - 6.4.9. сведения о Застрахованных лицах и Выгодоприобретателях: согласно п. 6.3.9. настоящих Правил;
 - 6.4.10. дополнительные данные (по запросу Страховщика): согласно п. 6.3.10. настоящих Правил.
- 6.5. Страхователь обязан:
- 6.5.1. сообщить Страховщику в заявлении достоверные и полные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, обеспечить осуществление прав Страховщика, предусмотренных п. 6.6. Правил. Существенной во всяком случае признается информация о Застрахованных лицах, возрасте и количестве Застрахованных, состоянии их здоровья, установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы, присвоение категории «ребенок-инвалид», постановка на учет в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном или кожно-венерологическом диспансере, занятие Застрахованным Активным отдыхом, Экстремальным отдыхом, Спортом, а также участие в соревнованиях любого рода, Территория страхования, а также иные обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;
 - 6.5.2. дать достоверные и полные ответы на все поставленные ему Страховщиком вопросы для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страхователь (и Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в заявлении и в прилагаемых к заявлению документах.

6.6. Страховщик имеет право:

6.6.1. провести анкетирование Страхователя и лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных);

6.6.2. перед заключением Договора потребовать проведения предварительного освидетельствования (осмотра) лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных), за счет Страхователя;

6.6.3. проверить достоверность сведений, указанных в анкете.

6.7. В случае невозможности осуществления Страховщиком прав согласно п. 6.6.1., п. 6.6.2. Правил, а также в случае предоставления недостоверных сведений Страхователем (Застрахованным) Страховщику, Страховщик имеет право отказать в заключении Договора.

6.8. Застрахованному лицу запрещается передавать свой Страховой полис другим лицам. Если данный факт будет установлен и подтвержден, то Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного. Возврат страховой премии в этом случае не производится.

6.9. При заключении Договора между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:

6.9.1. о Застрахованных лицах;

6.9.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом риске);

6.9.3. о Программе страхования;

6.9.4. о размере страховой суммы;

6.9.5. о периоде страхования, периоде страхового покрытия;

6.9.6. о территории страхования;

6.9.7. о размере и порядке оплаты страховой премии.

6.10. При включении в Договор рисков, указанных в п.п. 3.1.1.-3.1.4. настоящих Правил, Страховщик и Страхователь при заключении Договора устанавливают порядок определения размера страховой выплаты:

6.10.1. В размере установленных в Договоре процентов от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья (с учетом положений п. 9.4 настоящих Правил). При страховании по п.п. 3.1.3., 3.1.4. данный порядок применяется при включении в Договор заболеваний из Таблиц заболеваний N 4, 5 (Приложения №5, 6 к настоящим Правилам соответственно), а также если в Договор включены любые заболевания, кроме исключенных настоящими Правилами, Программой страхования, Договором.

При этом Договором могут быть предусмотрены следующие ограничения объема страховой ответственности:

6.10.1.1. Если продолжительность временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья не превышает определенного количества дней, то выплата по такому событию не производится. За временную утрату трудоспособности/временное расстройство здоровья продолжительностью, превышающей это количество дней, выплата производится в полном размере, начиная с первого дня.

6.10.1.2. Выплата производится, начиная с определенного дня временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, предыдущие дни не оплачиваются;

6.10.1.3. Выплата производится не более, чем за определенное число дней временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья. Если иное не предусмотрено Договором, страховая выплата для каждого Застрахованного лица производится не более, чем за 100 дней в совокупности за каждый год страхования.

6.10.2. По таблицам (с учетом положений п. 9.4 настоящих Правил):

6.10.2.1. по п.п. 3.1.1., 3.1.2. настоящих Правил - в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно «Таблице размеров страховых выплат по страхованию от несчастных случаев» (Приложение №1 к настоящим Правилам);

6.10.2.2. по п.п. 3.1.3., 3.1.4. настоящих Правил при страховании на случай заболеваний, указанных в Таблицах заболеваний №1, 2, 3, 6 (Приложения №2, 3, 4, 7 к настоящим Правилам соответственно) - в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно соответствующей Таблице заболеваний.

6.11. При включении в Договор страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.11.-3.1.16. настоящих Правил, страховая выплата производится в соответствии с п. 6.10.1 настоящих Правил.

6.12. При включении в Договор страхового риска, указанного в п. 3.1.17 настоящих Правил, страховая выплата производится в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице заболеваний №7 (Приложение №8 к настоящим Правилам).

6.13. Конкретный порядок расчёта размера страховой выплаты указывается в Договоре.

6.14. Договор может быть заключен по соглашению сторон на любой срок (период), согласованный Сторонами.

6.15. Договор считается заключенным с момента подписания. Дата начала и окончания периода страхования (страхового покрытия) (п. 1.7.13. настоящих Правил) указываются в Договоре.

6.16. Договор прекращает свое действие в случаях:

- 6.16.1. истечения периода страхования (до 24 час. 00 мин. дня, указанного в Договоре, как день окончания периода страхования);
- 6.16.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме (после того, как будет исчерпан размер страховой суммы в результате осуществления страховых выплат по Договору);
- 6.16.3. в 24 час. 00 мин. дня наступления события, повлекшего страховую выплату в полном размере страховой суммы по Договору;
- 6.16.4. в случае ликвидации Страховщика или Страхователя в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- 6.16.5. полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора и оплаченная по Договору премия возврату не подлежит. В случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил, Договор прекращает свое действие в отношении данного Застрахованного. При этом оплаченная по Договору премия в отношении данного Застрахованного возврату не подлежит;
- 6.16.6. расторжения Договора по инициативе Страхователя;
- 6.16.7. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
- 6.16.8. расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) Договором;
- 6.16.9. при принятии судом решения о признании Договора недействительным;
- 6.16.10. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного).
- 6.17. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.16.5., 6.16.6. Правил, Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном заявлении от Страхователя, но не ранее получения его Страховщиком.
- 6.18. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.16.7. Правил, Договор считается прекращенным с даты, указанной в письменном соглашении Страхователя и Страховщика.
- 6.19. Договор прекращается до окончания срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, за вычетом расходов на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 50% от страховой премии по Договору.
- 6.20. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора, оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п. 6.19. и 6.21. Правил.
- 6.21. В соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», если заявление от Страхователя – физического лица об отказе от Договора поступило Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, и в данный период отсутствовали события, имеющие признаки страхового случая по Договору, то:
- 6.21.1. если вышеуказанное заявление было получено Страховщиком до начала периода страхования, то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;
- 6.21.2. если вышеуказанное заявление было получено Страховщиком после начала периода страхования, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию за вычетом ее части пропорционально периоду страхования, прошедшему с даты начала его начала до даты получения Страховщиком вышеуказанного заявления;
- 6.21.3. при осуществлении возврата Страхователю страховой премии по основаниям, указанным в настоящем пункте, возврат осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора. Днем осуществления возврата считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.
- 6.22. Особенности заключения Договора в форме электронного документа.**
- 6.22.1. Договор заключается в порядке оформления Страховщиком Договора (Страхового полиса) на основе Заявления о заключении договора страхования в форме электронного документа согласно п. 1.7.38. настоящих Правил.
- 6.22.2. Официальный сайт Страховщика используется в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.
- 6.22.3. Договор заключается в форме электронного документа на основании ст. 6.1 Закона РФ N 4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», путем направления

Страховщиком Страхователю Договора (Страхового полиса), подписанного со стороны Страховщика усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи».

6.22.4. Договор, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.22.5. Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в настоящих Правилах страхования, выбранной Программе страхования, Договоре, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

6.22.6. Оплата страховой премии осуществляется путем перечисления денежных средств в указанной сумме с банковской карты Страхователя через платежную систему, с которой у Страховщика заключен договор, на счет Страховщика.

6.22.7. Договор (Страховой полис) высылается Страхователю на указанный им адрес электронной почты. Страховщик не несет ответственности за последствия указания Страхователем неработоспособного адреса электронной почты либо адреса, к которому Страхователь не имеет доступа.

6.22.8. Стороны договорились, что отправка Договора (Страхового полиса), Правил страхования, Программы страхования на адрес электронной почты, указанный Страхователем, является надлежащим вручением Договора (Страхового полиса), Правил страхования, Программы страхования Страхователю.

6.22.9. Дата, время, порядок и факт отправки Договора (Страхового полиса) и приложений к нему Страхователю фиксируется Страховщиком в электронной базе Страховщика.

6.22.10. Договор (Страховой полис) в виде электронного документа снабжается факсимильным воспроизведением подписи уполномоченного представителя и печати Страховщика. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи, оригинальной печати и факсимильной печати Страховщика.

6.22.11. Период страхования определяется Страхователем самостоятельно в пределах, установленных Страховщиком, и указывается в Договоре (Страховом полисе).

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. В период страхования Страхователь имеет право:

7.1.1. досрочно расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами;

7.1.2. по согласованию сторон внести изменения в условия Договора (увеличить размер страховой суммы, количество Застрахованных лиц) с заключением дополнительного соглашения о внесении соответствующих изменений в Договор и уплатой дополнительной страховой премии;

7.1.3. до наступления события, имеющего признаки страхового случая, заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названное в Договоре Застрахованное лицо другим лицом по согласованию со Страховщиком;

7.1.4. заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы. Если Застрахованное лицо является несовершеннолетним или недееспособным лицом, назначение Выгодоприобретателя осуществляется Страхователем по согласованию с законным представителем Застрахованного лица;

7.1.5. получить дубликат Договора (Страхового полиса) в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный экземпляр Договора (Полиса) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся;

7.1.6. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ, Правилами и Договором.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. своевременно и в полном объеме уплатить страховую премию в порядке и сроки, предусмотренные Договором;

7.2.2. представить (по запросу Страховщика) возможность Страховщику осуществить освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных в порядке и сроки, указанные Страховщиком;

7.2.3. соблюдать настоящие Правила; не предпринимать и не допускать какие-либо действия, ведущие к увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и всех изменениях степени риска вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в период страхования;

7.2.4. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в существенных обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. в случае выявления у Застрахованного хронического заболевания или установления группы инвалидности), с приложением документов, подтверждающих эти изменения. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

7.2.5. выполнять условия настоящих Правил, довести до сведения Застрахованных лиц требования настоящих Правил, Договора, Программы страхования (нарушение Правил Застрахованным лицом расценивается как нарушение Правил самим Страхователем);

7.2.6. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных;

7.2.7. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в документах и сведениях, предоставленных Страховщику для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения;

7.2.8. при заключении договора страхования в отношении лиц и объектов страхования, застрахованных по настоящим Правилам, с другим страховщиком, незамедлительно информировать об этом Страховщика;

7.2.9. возратить Страховщику полученное страховую выплату в полном объеме или часть страховой выплаты в течение 20-ти рабочих дней, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами или в соответствии с Договором полностью или частично лишает Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) права на получение страховой выплаты. Эта обязанность распространяется и на конечного получателя страховой выплаты. При просрочке возврата страховой выплаты получатель страховой выплаты выплачивает Страховщику пени в размере 0,03% за каждый день просрочки. Если вышеуказанные требования не будут выполнены, Страховщик предъявляет иск в установленном законом порядке.

7.3. Застрахованный обязан:

7.3.1. не передавать Страховой полис другим лицам, при утрате немедленно сообщать Страховщику;

7.3.2. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих фамилии, имени, отчества (при наличии), вида и данных удостоверяющего его личность документа, адреса места жительства (регистрации) или адреса места пребывания на территории Российской Федерации, гражданства (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты (при наличии) и иных данных, сообщенных при заключении Договора.

7.4. Застрахованный имеет право:

7.4.1. требовать от Страховщика соблюдения условий Договора;

7.4.2. на получение дубликата Страхового полиса в случае утраты.

7.5. Страховщик имеет право:

7.5.1. требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления информации, имеющей существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и в течение периода страхования, проверять сообщенную Страхователем информацию (в частности, при заключении Договора и в течение периода страхования осуществлять освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных, а также проверять достоверность сообщенных Страхователем сведений), а также выполнение Страхователем (Застрахованным) положений Правил и условий Договора. Страхователь обязан обеспечить Страховщику (его представителю) возможность проведения такой проверки. В случае создания Страхователем (Застрахованным) препятствий в осуществлении Страховщиком своего права проверки и (или) непредоставлении Страховщику затребованной им информации, последний вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Страхователя в письменной форме. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, за вычетом расходов на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 50% от страховой премии по Договору, если по Договору не осуществлялись страховые выплаты. При расторжении Договора по указанному в настоящем пункте основанию все обязательства сторон прекращаются, в том числе и те, которые существовали на дату расторжения.

7.5.2. не принимать на страхование лиц, на момент заключения Договора больных особо опасными инфекционными болезнями (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний,

представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также больных злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом, психическими расстройствами и расстройствами поведения, тяжелыми нервными заболеваниями, слабоумием, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулёзных, кожно-венерических диспансерах, инвалидов, находящихся на стационарном лечении.

7.5.3. после получения письменного заявления от Страхователя (Застрахованного) об увеличении степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, изменении перечня Застрахованных Страховщик вправе получать от Страхователя сведения о дополнительно страхуемых лицах согласно п. 6.3., п. 6.4. Правил и потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

Дополнительная страховая премия (P_n) рассчитывается по формуле:

$$P_n = (P - Pr) \cdot k,$$

где:

P_n – дополнительная страховая премия;

Pr – оплаченная страховая премия по Договору, соответствующая условиям Договора на момент его заключения;

P – страховая премия по Договору, соответствующая новым условиям Договора;

k – коэффициент, учитывающий период страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или не оплатил дополнительную страховую премию в размере и сроки, указанные в соответствующем уведомлении Страховщика, Договор считается расторгнутым с 00 час. 00 мин. даты, указанной в уведомлении Страховщика. При этом ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

7.5.4. произвести перерасчет и потребовать уплаты дополнительной страховой премии, если при заключении Договора у сторон отсутствовала информация о количестве и характере страховых событий, имевших место в период страхования предыдущего Договора, и отсутствие такой информации повлияло на порядок расчета страховой премии по Договору;

7.5.5. если Страхователь не сообщит Страховщику об изменениях степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые стали известны Страховщику при уведомлении его о событии, имеющем признаки страхового случая, если эти изменения возникли до момента наступления этого события, Страховщик вправе расторгнуть Договор с даты, когда ему стало известно об этих изменениях, и потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, включая, но не ограничиваясь дополнительной страховой премией, которую Страхователь был бы обязан уплатить в случае исполнения им обязанностей, предусмотренных п. 7.2.4. и п. 7.5.3. Правил, и расходами на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 50% (если иное не предусмотрено Договором) от страховой премии по Договору. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, уже отпали.

7.5.6. потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения (либо полностью или частично не соответствующие действительности), предусмотренные п. 6.2., 6.3., 6.4., 6.5., 6.6. настоящих Правил;

7.5.7. направлять запросы в организации и компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления события, имеющего признаки страхового; самостоятельно выяснять причины и обстоятельства причинения вреда здоровью или смерти Застрахованного лица, назначить независимую экспертизу. Если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного), данное лицо обязано предоставить такое разрешение (доверенность);

7.5.8. проводить медицинское освидетельствование Застрахованного Врачом-экспертом Страховщика;

7.5.9. требовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по Договору, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт соответственно Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, обязанности Застрахованного лица в соответствии с настоящим пунктом подлежат выполнению законными представителями Застрахованного лица;

7.5.10. отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в случаях, предусмотренных п. 8.8. настоящих Правил;

7.5.11. требовать предоставления всех необходимых документов для установления факта, причин, обстоятельств и последствий возникновения события, имеющего признаки страхового случая, согласно п. 8.4. настоящих Правил, включая сведения, составляющие коммерческую тайну;

7.5.12. отказать в признании события страховым случаем (отказать в осуществлении страховой выплаты) по основаниям, предусмотренным п. 3.6, п. 3.7., п. 3.8., п. 10.2. настоящих Правил.

7.6. Страховщик обязан:

7.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами, Договором, Программой страхования;

7.6.2. в случае принятия решения о намерении досрочного прекращения Договора, направить Страхователю уведомление об этом решении с использованием любых средств связи, обеспечивающих фиксирование его отправления;

7.6.3. хранить коммерческую тайну Страхователя (Застрахованных лиц), ставшую ему известной в связи с заключением Договора, не разглашать сведения об его имущественном положении, состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

7.6.4. обеспечить выдачу Застрахованным индивидуальных страховых полисов, если это предусмотрено Договором;

7.6.5. рассмотреть заявление Страхователя об изменении степени страхового риска и сообщить Страхователю о принятии решения по изменению, дополнению или прекращению Договора в течение 30 рабочих дней с момента получения заявления Страхователя;

7.6.6. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные Разделами 8, 9 и 10 настоящих Правил;

7.6.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и/или Договором;

7.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

7.8. Обработка Страховщиком персональных данных.

Страхователь, если он является физическим лицом, а также Застрахованный в интересах которых заключается Договор, (если они являются физическими лицами), заключивший Договор со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного) для осуществления страхования по Договору, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

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

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

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

Заключая Договор, Страхователь (если он является физическим лицом), а также Застрахованный, в чьих интересах заключается Договор, дают свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с момента заключения Договора. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) действует в течение 100 (сто) лет (если иное не установлено Договором).

Страхователь (Застрахованный) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания периода страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 100 (сто) лет с даты окончания срока периода страхования или отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил относятся и к Застрахованному в случае, когда Страхователь заключает Договор в интересах Застрахованного.

Заключение Договора на основании настоящих Правил освобождает любого врача, Медицинскую организацию и ее персонал от обязательства соблюдать врачебную тайну в связи с запросом любых документов и любой информации Страховщиком относительно состояния здоровья Застрахованных, организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их.

7.9. Заключая Договор на условиях настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страхователь (представитель Страхователя, Застрахованное лицо) не является публичным должностным лицом (его представителем, доверенным лицом), указанным в ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», что такое лицо не является его выгодоприобретателем, бенефициарным владельцем, супругом (супругой), близким родственником согласно вышеуказанному Федеральному закону. Страхователь подтверждает, что целью установления деловых отношений со Страховщиком является страхование, их предполагаемый характер определяется условиями настоящих Правил. Страхователь подтверждает, что имеет удовлетворительное финансовое положение и деловую репутацию. Страхователь – физическое лицо подтверждает, что целью его деятельности является получение трудового дохода, который является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – индивидуальный предприниматель подтверждает, что целью его финансово-хозяйственной деятельности является предпринимательская деятельность, которая является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – юридическое лицо подтверждает, что целью его финансово-хозяйственной деятельности является осуществление уставных видов деятельности, которые являются источником происхождения его денежных средств. Страхователь подтверждает, что Страхователь, его учредитель или выгодоприобретатель не является участником федеральных, региональных либо муниципальных целевых программ или национальных проектов. Страхователь подтверждает, что Страхователь, его учредитель, бенефициарный владелец или выгодоприобретатель не является получателем субсидий, грантов или иных видов государственной поддержки за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации или муниципального бюджета. Страхователь подтверждает, что регистрация Страхователя (Выгодоприобретателя) (его представителя, участника, бенефициарного владельца, контрагента), регистрация обслуживающего Страхователя банка не осуществлена в иностранном государстве (на территории), в отношении которого (которой) применяются международные санкции, одобренные Российской Федерацией (например, применение Российской Федерацией мер в соответствии с резолюциями Совета Безопасности ООН); в отношении которого (которой) применяются специальные экономические меры в соответствии с Федеральным законом от 30 декабря 2006 года N 281-ФЗ «О специальных экономических мерах»; которое (которая) включено (включена) в перечень государств (территорий), которые не выполняют рекомендаций Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), который определяется и публикуется уполномоченным органом в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 марта 2003 года N 173 «О порядке определения и опубликования перечня государств (территорий), которые не выполняют рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ)»; которое (которая) включена в перечень офшорных зон согласно Указанию Банка России от 07.08.2003 N 1317-У «О порядке установления уполномоченными банками корреспондентских отношений с банками-нерезидентами, зарегистрированными в государствах и на территориях, предоставляющих льготный налоговый режим и (или) не предусматривающих раскрытие и предоставление информации при проведении финансовых операций (офшорных зонах)»; которое (которая) отнесено (отнесена) международными организациями, в том числе международными неправительственными организациями, к государствам (территориям), финансирующим или поддерживающим террористическую деятельность; которое (которая) отнесено (отнесена) международными организациями, в том числе международными неправительственными организациями, к государствам (территориям) с повышенным уровнем коррупции и (или) другой преступной деятельности; которое (которая) является государством (территорией), о которых из международных источников известно, что в (на) них незаконно производятся или ими (через них) переправляются наркотические вещества, а также государства или территории, разрешающие свободный оборот наркотических веществ (кроме государств или территорий, использующих наркотические вещества исключительно в медицинских целях). В ином случае Страхователь обязуется предоставить Страховщику подтверждающие это сведения и документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. Застрахованный обязан:

- 8.1.1. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, и действовать так, как если бы они не были застрахованы;
- 8.1.2. немедленно обратиться за помощью в Медицинскую организацию и неукоснительно соблюдать рекомендации лечащего врача с целью уменьшения последствий несчастного случая или заболевания;
- 8.1.3. по требованию Страховщика пройти медицинский осмотр (комиссию).
- 8.2. В случае если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, ответственность за выполнение обязанностей, указанных в п.п. 8.1.1.-8.1.3. настоящих Правил, несет законный представитель Застрахованного лица.
- 8.3. Страхователь (Застрахованный) обязан:
- 8.3.1. незамедлительно уведомить о событии, имеющем признаки страхового случая, Страховщика по указанным в Договоре (Программе страхования) телефонам в следующие сроки:
- 8.3.1.1. в случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья в результате несчастного случая или заболевания - не позднее 30-ти дней с даты окончания временной нетрудоспособности/окончания лечения;
- 8.3.1.2. в случае диагностирования заболевания, предусмотренного Договором при страховании по п. 3.1.17. настоящих Правил - не позднее 30-ти дней с даты установления диагноза;
- 8.3.1.3. в случае установления инвалидности в результате несчастного случая или заболевания - не позднее 30-ти дней с даты установления инвалидности;
- 8.3.1.4. в случае утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания - не позднее 30-ти дней с даты установления утраты профессиональной трудоспособности;
- 8.3.1.5. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания - в течение 30-ти дней, если иное не установлено Договором, после того, как ему стало известно о смерти Застрахованного лица.
- 8.3.1.5.1. Обязанность по п. 8.3.1.5. настоящих Правил может быть выполнена Выгодоприобретателем.
- 8.3.1.5.2. Обязанности по п.п. 8.3.1.1, 8.3.1.2., 8.3.1.3., 8.3.1.4. настоящих Правил могут быть выполнены самим Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, которому известно о заключении Договора в его пользу, если он намерен воспользоваться правом на страховую выплату, а в случае, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, - его законным представителем.
- 8.3.1.5.3. Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны сообщить среди прочего следующую информацию:
- 8.3.1.5.3.1. фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- 8.3.1.5.3.2. номер Договора и период страхования;
- 8.3.1.5.3.3. время и обстоятельства происшедшего;
- 8.3.1.5.3.4. номер контактного телефона для обратной связи.
- 8.3.2. строго следовать указаниям Страховщика;
- 8.3.3. соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать порядок, установленный Медицинской организацией;
- 8.3.4. сообщать Страховщику (по требованию Страховщика) всю необходимую информацию (если требуется - в письменном виде), а также предоставить ему все документы, необходимые для выяснения обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового;
- 8.3.5. не препятствовать свободному доступу представителей Страховщика к Застрахованному лицу для освидетельствования его состояния;
- 8.3.6. по требованию Страховщика предоставить необходимую информацию о состоянии своего здоровья (амбулаторную карту и другую медицинскую документацию) или пройти медицинское обследование;
- 8.3.7. выполнять другие обязанности при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если они предусмотрены Договором.
- 8.4. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан предоставить все предусмотренные законом, Правилами, Программой страхования, Договором, обычаями места возникновения события, имеющего признаки страхового, документы, удостоверяющие лицо (личность) Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), факт наступления события, его причины, дату, включая сведения, составляющие коммерческую тайну. К таким документам относятся:
- 8.4.1. Договор (Страховой полис);
- 8.4.2. Документ, подтверждающий факт уплаты страховой премии;
- 8.4.3. Заявление по установленной Страховщиком форме;
- 8.4.4. от Страхователя - физического лица (Застрахованного, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты), в т.ч. зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя: паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, (заграничный) паспорт с отметками о въезде на территорию иностранных государств и выезде с нее; миграционная карта, документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации,

если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации; свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии); страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии); свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; от Страхователя (Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты) - юридического лица: копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица; копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая; копию устава; копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН); доверенность на право представления интересов; копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя; иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;

8.4.5. документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты);

8.4.6. документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты);

8.4.7. в случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья:

8.4.7.1. документы из Медицинской организации, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью в результате несчастного случая или заболевания, установленный диагноз и/или продолжительность нетрудоспособности/лечения (если Договором предусмотрен порядок страховой выплаты в соответствии с п. 6.10.1. настоящих Правил, а также в случае установления Застрахованному лицу диагноза в соответствии с п. 3.6.19. настоящих Правил), характер телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая;

8.4.7.2. по факту несчастного случая во время исполнения трудовых обязанностей - документы (акты), составленные работодателем в соответствии с действующим законодательством, по факту несчастного случая в дошкольном или учебном заведении - документы (акты), оформленные надлежащим образом;

8.4.7.3. по требованию Страховщика: выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (истории болезни), а также данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз;

8.4.7.4. по страхованию согласно п.п. 3.1.11.-3.1.14. настоящих Правил - документы, указанные в п.п. 8.4.7.1., 8.4.7.3. настоящих Правил, а также документы, подтверждающие необходимость оперативного вмешательства;

8.4.7.5. по страхованию согласно п.п. 3.1.15.-3.1.16. настоящих Правил - документы, указанные в п.п. 8.4.7.1., 8.4.7.3. настоящих Правил, а также документы, подтверждающие факт экстренной госпитализации;

8.4.7.6. по требованию Страховщика: при несчастном случае во время занятий Спортom - документы (акты) об освобождении от тренировок, составленные в соответствии с действующим законодательством;

8.4.7.7. в случае причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате неправильных медицинских манипуляций (если данный вид несчастного случая указан в Договоре согласно п. 1.7.18.5. настоящих Правил) - документы из компетентных органов, подтверждающие установление факта неправильных медицинских манипуляций, их причинно-следственную связь с вредом здоровью Застрахованного лица;

8.4.8. В случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) или утраты профессиональной трудоспособности - документы, указанные в п. 8.4.7. настоящих Правил, а также справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством, об установлении инвалидности или степени утраты профессиональной трудоспособности или ее заверенную копию;

8.4.9. По страхованию по п. 3.1.17. настоящих Правил:

8.4.9.1. документы из Медицинской организации, подтверждающие установленный диагноз, дату установления данного диагноза впервые;

8.4.9.2. выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (истории болезни), а также, по требованию Страховщика, - данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз.

8.4.10. По п.п. 8.4.7.-8.4.9. настоящих Правил при необходимости Страховщик имеет право потребовать проведения дополнительного медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица в Медицинской организации, выбранной Страховщиком.

8.4.11. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания - документы, указанные в п. 8.4.7. настоящих Правил, а также:

8.4.11.1. свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица или его заверенная копия;

8.4.11.2. документ из Медицинской организации или компетентных органов, подтверждающий причину смерти Застрахованного лица наступления и/или ее обстоятельства;

8.4.11.3. протокол патологоанатомического вскрытия (при условии, что оно проводилось) или судебно-медицинского исследования (если вскрытие не производилось – заявление родственников об отказе от вскрытия и справка из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

8.4.11.4. если Выгодоприобретатель не назначен - документы, удостоверяющие вступление в права наследования на страховую выплату;

8.4.11.5. распоряжение Застрахованного лица о том, кого он назначил для получения страховой выплаты в случае своей смерти, если оно было составлено отдельно от Договора страхования;

8.4.11.6. в случае, если соответствующие компетентные органы отказали Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в выдаче каких-либо документов, запрошенных Страховщиком, - копию соответствующего запроса и письменного ответа на него, если таковой получен;

8.4.11.7. в случае возбуждения уголовного дела или судебного разбирательства (процесса) по факту причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерти Застрахованного лица, обвиняемым или подозреваемым по которому является Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), в том числе должностное лицо Страхователя (Выгодоприобретателя), - решение соответствующего компетентного органа, устанавливающее наличие или отсутствие умысла Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) в произошедшем событии.

8.4.12. при страховании неперсонифицированного круга лиц в соответствии с п. 1.7.3.1. настоящих Правил Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить:

8.4.12.1. Билет на массовое мероприятие, имевшее место на дату события, имеющего признаки страхового случая;

8.4.12.2. Документ, удостоверяющий право нахождения в гостиничном комплексе на дату события, имеющего признаки страхового случая;

8.4.13. при страховании неперсонифицированного круга лиц в соответствии с п. 1.7.3.1. настоящих Правил Страхователь обязан предоставить:

8.4.13.1. Сведения о фактической посещаемости мероприятия, на дату события, имеющего признаки страхового случая;

8.4.13.2. Сведения о фактической заполненности гостиничного комплекса на дату события, имеющего признаки страхового случая.

8.4.13.3. по требованию Страховщика – выписки из трудовой книжки или копии приказа о приеме на работу Застрахованного лица, путевые листы, иные документы, подтверждающие место работы Застрахованного и факт его нахождения на рабочем месте в момент события, имеющего признаки страхового случая.

8.4.13.4. По требованию Страховщика – документы, подтверждающие, что Застрахованный является учащимся спортивной школы, членом (участником) спортивного общества (клуба, федерации или иного объединения граждан).

8.4.13.5. По требованию Страховщика – документы, подтверждающие, что несчастный случай произошел во время занятий в спортивной школе, во время тренировок, соревнований, спортивных сборов, в частности, Акт о спортивной травме, протокол соревнований, Акт о несчастном случае на производстве в профессиональной спортивной организации, расписание тренировок, соревнований, спортивных сборов, приказ об организации спортивных соревнований (сборов, тренировок), приказ об участии Застрахованного лица в спортивных соревнованиях (сборах, тренировках).

8.5. Страховщик принимает только оригиналы документов либо копии, заверенные нотариально, либо копии, заверенные компетентным органом (организацией), выдавшим данные документы. Копии документов, предоставленных Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью организации, выдавшей оригинал документа (подписью и печатью нотариуса). Документы, оформленные с нарушением существующих норм (как то: отсутствие номера, печати, даты, незаверенные исправления, незаверенные копии, не расшифрованные подписи без указания фамилии и должности) не принимаются Страховщиком к рассмотрению. В том случае, если оригинальный текст документа выполнен на иностранном языке, необходимо предоставить Страховщику перевод на русский язык, подготовленной специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов. Перевод может быть сделан Страховщиком, при этом Страховщик вычитает расходы по переводу на русский язык документов, представленных в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, из суммы страховой выплаты. Страховщику предоставляется безусловное право сличения оригиналов с копиями. Кроме этого, Страховщик вправе самостоятельно заверить копии представленных ему оригиналов документов.

8.6. Предоставление документов, предусмотренных Договором, а также доказывание факта наступления страхового случая является обязанностью Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя). Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых Страховщику документах.

8.7. Страховщик обязан:

8.7.1. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в течение 30-ти рабочих дней с момента представления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) всех документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты), согласно п. 8.4. настоящих Правил. Решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты отражается в Страховом акте, составляемом по форме и в порядке, установленном Страховщиком;

8.7.2. осуществить страховую выплату в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о признании события, имеющего признаки страхового, страховым случаем (составления Страхового Акта);

8.7.3. в случае принятия решения о непризнании события страховым случаем или отказе в страховой выплате (при наличии оснований для принятия такого решения), Страховщик извещает об этом решении Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя). Отказ в признании события страховым случаем или Отказ в осуществлении страховой выплаты сообщается Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения. Отказ направляется по почте либо иным согласованным сторонами способом.

8.8. Страховщик имеет право перенести срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем, либо отказе в осуществлении страховой выплаты). Основаниями этого могут являться:

8.8.1. отсутствие возможности на основании представленных Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) документов установить правомочность Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты - до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

8.8.2. проведение Страховщиком дополнительного расследования причин и обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового, невозможность на основании предоставленных Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) документов определить характер и степень нанесения вреда здоровью Застрахованного в результате несчастного случая или заболевания – до момента окончания такого расследования, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

8.8.3. проведение Страховщиком проверки подлинности документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового, (в частности, но не ограничиваясь, при представлении Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) незаверенных копий документов, документов, подписанных лицом, не имеющим на это полномочий, и т.п.) – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов, либо в документах имеются исправления, подчистки, ошибки – до момента их исправления и заверения надлежащим образом;

8.8.4. направление Страховщиком запроса в компетентные органы (организации), назначение независимой экспертизы согласно п. 7.5.7. настоящих Правил - до получения Страховщиком ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы соответственно. Страховщик при этом имеет право передавать документы, полученные от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и/или компетентных органов (организаций), для проведения независимой экспертизы и/или направления иных запросов в компетентные органы (организации), включая сведения, составляющие коммерческую (медицинскую) тайну Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

8.8.5. если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), то Страховщик имеет право продлить срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) также на период времени, необходимый для получения такого разрешения;

8.8.6. возбуждение связанного с событием, имеющим признаки страхового, уголовного дела, в т.ч. против Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), проведение расследования обстоятельств, приведших к событию, имеющему признаки страхового, - до окончания расследования или до получения Страховщиком приговора (решения) суда либо Постановления о приостановлении производства по уголовному делу или Постановления о прекращении уголовного дела. В том случае, если предварительное следствие продлевается на срок более двух месяцев, Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты на основании постановления о возбуждении уголовного дела и утвержденного соответствующим должностным лицом постановления о возбуждении ходатайства о продлении срока предварительного следствия;

8.8.7. в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном порядке – до момента получения Страховщиком окончательного судебного решения;

8.8.8. если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не предоставил документы и информацию, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового, указанные в

настоящих Правилах и (или) препятствовал Страховщику в выяснении обстоятельств произошедшего события, в результате чего Страховщик был лишен возможности принять решение о признании события страховым случаем (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) – до предоставления таких документов и сведений;

8.8.9. в случае возникновения оснований для замораживания (блокирования) денежных средств или иного имущества, приостановления операций с денежными средствами или иным имуществом, отказа в совершении операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ – до момента получения Страховщиком документов, подтверждающих, что такие основания отпали.

8.9. Срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) исчисляется со дня, следующего за днем предоставления Страховщику последнего запрашиваемого Страховщиком документа, в т.ч. ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы.

8.10. В случае возникновения разногласий между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) по поводу характера и степень нанесения вреда здоровью Застрахованного в результате несчастного случая или заболевания вопрос может решаться с привлечением независимых экспертов и оплатой их услуг несогласной стороной, если иное не предусмотрено Договором.

8.11. Любые действия, предпринятые Страховщиком в процессе урегулирования убытка, не могут быть истолкованы как его отказ от своих прав, а также как признание своих обязательств.

8.12. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг их перечню по Договору и Программе страхования.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. При условии соблюдения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) содержащихся в настоящих Правилах, Договоре, Программе страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями Договора.

9.2. Решение о размере страховой выплаты принимается Страховщиком на основании данных Заявления по форме, установленной Страховщиком, установленных Страховщиком и представленных Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем, иным получателем страховой выплаты) документов (данных), документов (сведений) от компетентных органов, требований соответствующих нормативных документов, условий Договора (а также результатов независимой экспертизы, если она проводилась). Решение о признании события страховым случаем, размере страховой выплаты и ее осуществлении отражается в Страховом акте.

9.3. Страховая выплата производится одновременно в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы Застрахованного лица (с учетом положений п. 9.4 настоящих Правил) в зависимости от принятых на страхование рисков и условий Договора:

9.3.1. По п.п. 3.1.1.-3.1.4. настоящих Правил с расчётом страховой выплаты за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, а также по п.п. 3.1.11.-3.1.14. настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в Договоре процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья с учетом ограничений, установленных в Договоре согласно п. 6.10.1 настоящих Правил. За дни временной утраты трудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата по п. 3.1.11.-3.1.14. настоящих Правил не производится.

9.3.2. По п.п. 3.1.15.-3.1.16. настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в Договоре процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности, приходящейся на время пребывания в стационаре, с учетом ограничений, установленных в Договоре согласно п. 6.10.1 настоящих Правил. За дни нетрудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата не производится.

9.3.3. По п.п. 3.1.1.-3.1.4. настоящих Правил с расчётом страховой выплаты по Таблицам размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно предусмотренной Договором «Таблице размеров страховых выплат по страхованию от несчастных случаев» (Приложение №1 к настоящим Правилам) или «Таблице заболеваний» №1-4 (Приложения № 2-5 к настоящим Правилам) соответственно произошедшему страховому случаю и условиям Договора.

9.3.4. По п.п. 3.1.5, 3.1.7 настоящих Правил в случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) в результате несчастного случая или заболевания, размер страховой выплаты исчисляется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица следующим образом:

9.3.4.1. при III-ей группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания - 60%;

- 9.3.4.2. при II-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания - 80%;
- 9.3.4.3. при I-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания - 100%;
- 9.3.4.4. при установлении Застрахованному лицу категории «ребенок-инвалид» - 100%.

9.3.5. Если по Договору Застрахованному лицу была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 года с даты несчастного случая или установления диагноза заболевания по переосвидетельствованию установлена более тяжелая группа в связи с тем же заболеванием или несчастным случаем, то Страховщик по результатам переосвидетельствования выплачивает разницу между страховой выплатой за более тяжелую группу инвалидности и произведенной выплатой за ранее установленную группу инвалидности.

9.3.5.1. Если Застрахованному лицу была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 года с даты несчастного случая или установления диагноза заболевания по переосвидетельствованию установлена более легкая группа в связи с тем же заболеванием или несчастным случаем, страховая выплата не производится.

9.3.6. По п.п. 3.1.6., 3.1.8. настоящих Правил в случае утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания размер страховой выплаты исчисляется в проценте от индивидуальной страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

9.3.7. По п.п. 3.1.9.-3.2.10. настоящих Правил в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания страховая выплата определяется исходя из 100% индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица.

9.3.8. По п. 3.1.17. настоящих Правил размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице заболеваний №7 (Приложение №8 к настоящим Правилам).

9.4. Расчет размера страховой выплаты осуществляется в следующем порядке:

9.4.1. Если в Договоре для Застрахованного лица установлена единая (общая) страховая сумма по всем рискам (п. 4.3.1. настоящих Правил), то все страховые выплаты по п. 9.3. настоящих Правил рассчитываются исходя из этой страховой суммы. При этом общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него единой страховой суммы.

9.4.2. Если в Договоре для Застрахованного лица установлены отдельные страховые суммы по каждому риску (п. 4.3.2. настоящих Правил), то при наступлении страхового случая сумма страховой выплаты рассчитывается по п. 9.3. настоящих Правил, исходя из установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы по соответствующему риску, и выплачивается независимо от выплат по другим страховым рискам, в том числе, уже произведенных. При наступлении нескольких страховых случаев по одному и тому же риску общая сумма выплат Застрахованному лицу по этим страховым случаям не должна превышать индивидуальную страховую сумму по данному риску.

9.4.3. При установлении для Застрахованного лица в Договоре страховых сумм в соответствии с п. 4.3.3 настоящих Правил, страховые выплаты рассчитываются:

9.4.3.1. по страховым рискам с единой (общей) страховой суммой - в соответствии с п. 9.4.1. настоящих Правил;

9.4.3.1.1. Если по факту одного и того же несчастного случая или одного и того же заболевания Застрахованному лицу установлена и инвалидность, и утрата профессиональной трудоспособности, то по Договору, предусматривающему единую (общую) страховую сумму в отношении этих рисков, выплата производится следующим образом:

9.4.3.1.1.1.если размер выплаты, рассчитанный по п. 9.3.4., превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 9.3.6., то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 9.3.4.;

9.4.3.1.1.2.если размер выплаты, рассчитанный по п. 9.3.6., превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 9.3.4., то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 9.3.6.;

9.4.3.1.1.3.если по п. 9.3.4. и 9.3.6. размер выплаты одинаков, то выплата производится в данном размере однократно.

9.4.3.2. по страховым рискам с отдельными страховыми суммами - в соответствии с п. 9.4.2. настоящих Правил.

9.4.4. По коллективному Договору страхования размер страховой выплаты рассчитывается исходя из индивидуальной страховой суммы (при установлении единой (общей) страховой суммы по всем рискам) или из индивидуальных сумм по отдельным рискам, установленным для того Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай.

9.4.5. При страховании неперсонифицированного круга лиц согласно п. 1.7.3.1. настоящих Правил, если фактическое количество лиц, удовлетворяющих установленным признакам Застрахованных лиц, отличается от их ожидаемого (планового) количества, установленного при заключении Договора, индивидуальная страховая сумма для целей расчета страховой выплаты определяется как индивидуальная

страховая сумма, установленная при заключении Договора, умноженная на коэффициент посещаемости мероприятия (заполненности гостиничного комплекса):

$$K = \frac{P}{F},$$

где:

P – ожидаемая посещаемость мероприятия (вместимость гостиничного комплекса);

F – фактическая посещаемость мероприятия (фактическая заполненность гостиничного комплекса).

9.5. Если иное не предусмотрено Договором, днем осуществления страховой выплаты считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

9.6. Если получателем страховой выплаты является несовершеннолетний в возрасте до 14 лет или недееспособное лицо, причитающаяся ему сумма страховой выплаты переводится на его имя во вклад в банке, согласованном сторонами, с одновременным уведомлением законных представителей получателя выплаты.

9.7. В случае если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.1.1.-3.1.8., 3.1.11.-3.1.17. настоящих Правил, выплата производится наследникам Застрахованного лица в установленном порядке. В случае если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.1.9. или 3.1.10. настоящих Правил, выплата производится наследникам Выгодоприобретателя в установленном порядке.

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)

10.1. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению (страховой выплате) по Договору причинение вреда здоровью или смерть Застрахованного лица вследствие событий, которые не являются страховыми рисками по Договору; событий, указанных в п. 3.6, п. 3.7., п. 3.8. настоящих Правил.

10.2. Страховщик вправе отказать в признании события страховым случаем либо в осуществлении страховой выплаты полностью или частично (в той мере, в какой Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) способствовал увеличению убытков Страховщика), если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель):

10.2.1. сообщил полностью или частично не соответствующие действительности или заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих значение для суждения о степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.2. не сообщил о возникших существенных изменениях в степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.3. в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, не уведомил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового (если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении такого события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату);

10.2.4. не представил документы, указанные в п. 8.4. Правил, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами (т.е. когда Страхователь (Застрахованный) не исполнил своих обязанностей, предусмотренных Правилами, что привело к невозможности определить причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового);

10.2.5. препятствовал Страховщику в установлении факта наступления, причин, даты, наличия виновных лиц, последствий, иных обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая;

10.2.6. сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах и причинах наступления события, имеющего признаки страхового, в том числе путем представления Страховщику недействительных или фальсифицированных (подложных) документов;

10.2.7. каким-либо образом преднамеренно содействовал необоснованному получению страховой выплаты;

10.2.8. в случае возникновения оснований для отказа в совершении операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ.

10.3. Решение об отказе в признании события страховым случаем (об отказе в осуществлении страховой выплаты) с мотивированным обоснованием причин отказа Страховщик должен направить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в течение 15-ти рабочих дней с момента его принятия.

11. ФОРС-МАЖОР

11.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

11.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: война и военные действия, бунт, мятеж, восстание, революция, государственный переворот, введение военного положения или узурпация власти, гражданские волнения, гражданская война, действия вооруженных формирований, террористический акт (согласно ст. 205 УК РФ), забастовка в отрасли или регионе.

11.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

11.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

11.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия должна быть рассмотрена получившей ее стороной в течение тридцати рабочих дней, начиная со дня, следующего за датой получения. В случае недостижения согласия споры рассматриваются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, в т.ч. в органах суда в соответствии с их компетенцией.

12.2. Право на предъявление претензий к Страховщику по Договору сохраняется в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации.