

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«НСГ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»**

У Т В Е Р Ж Д Е Н О

Приказом Генерального директора
ООО «НСГ Страхование жизни» Л. В. Велевой
№ 14/01/20-1/ОД от 20.01.2014 г.

П Р А В И Л А

**добровольного страхования граждан от несчастных случаев
и болезней**

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ:

- I. Общие положения
- II. Субъекты страхования
- III. Объекты страхования
- IV. Страховые риски и страховые случаи
- V. Территория страхования
- VI. Исключения
- VII. Страховая сумма
- VIII. Страховые тарифы и страховая премия
- IX. Срок действия договора страхования. Время действия страховой защиты
- X. Порядок заключения и исполнения договора страхования
- XI. Прекращение договора страхования
- XII. Права и обязанности сторон
- XIII. Факторы существенного увеличения страхового риска
- XIV. Действия сторон при наступлении страхового случая
- XV. Порядок определения размера страховой выплаты
- XVI. Порядок осуществления страховой выплаты
- XVII. Документы, предоставляемые при наступлении страхового случая
- XVIII. Порядок разрешения споров

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного страхования граждан от несчастных случаев и болезней (далее по тексту — Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на основании которых ООО «НСГ Страхование жизни», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней (далее по тексту – договор страхования) с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.
- 1.2. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, произвести страховую выплату в пределах обусловленной договором суммы (страховой суммы) при наступлении в жизни самого Страхователя или другого названного в договоре физического лица (Застрахованного лица) предусмотренного договором страхования страхового случая.
- 1.3. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами, эти Правила становятся неотъемлемой частью договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей и Страховщика, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил, и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил должно быть письменно удостоверено Страхователем.
- 1.4. При заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил, если допущенные в договоре страхования отступления от Правил не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями договора страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.
- 1.5. Страховщик на основании настоящих Правил вправе разрабатывать страховые программы (страховые продукты), присваивать им маркетинговые названия и заключать на их условиях договоры страхования. Условия страхования по конкретной страховой

программе прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и страховой программы преимущественную силу имеют условия страховой программы.

- 1.6. В соответствии с Правилами страховая выплата Застрахованному лицу или указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю производится независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, причитающихся им по другим договорам страхования выплат или сумм в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

II. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.
- 2.2. **Страховщик** — Общество с ограниченной ответственностью «НСГ Страхование жизни», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 2.3. **Страхователь** — дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или правоспособное юридическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.
Договор страхования может заключаться как в отношении самого Страхователя - физического лица, так и в отношении иных названных в договоре страхования физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).
- 2.4. **Застрахованное лицо** — физическое лицо, названное в договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования (т.е. в отношении жизни и здоровья которого заключен договор страхования). Если по договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать договоры страхования в отношении третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.
- 2.4.1. Застрахованными лицами по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, могут являться лица от 1 (Одного) года до 79 (Семидесяти девяти) лет на дату начала действия Договора страхования и не старше 80 (Восьмидесяти) лет на дату окончания его действия.
- 2.4.2. Следующие категории лиц могут быть Застрахованными лицами только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования:
- а) инвалиды II группы;
 - б) лица, с врожденными аномалиями;
 - в) ВИЧ-инфицированные;
 - г) больные туберкулезом или состоящие на учете по этому поводу в противотуберкулезном диспансере;
 - д) лица, страдающие онкологическими заболеваниями.
- При заключении Договора страхования в отношении указанных в п. 2.4.2. а) – д) категорий лиц Страховщик вправе определить дополнительные условия и ограничения, а также отказать в страховании по отдельной группе рисков с учетом состояния здоровья данных лиц.
- 2.4.3. **Не принимаются на страхование** и не могут являться Застрахованными лицами

следующие категории лиц:

- а) лица в возрасте до 1 (Одного) года;
- б) лица, возраст которых превышает 79 (Семьдесят девять) лет на дату начала действия Договора страхования;
- в) инвалиды I группы, лица в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет, которым установлена категория "ребенок-инвалид", а также лица, требующие постоянного ухода;
- г) лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете или наблюдающиеся у врача-специалиста;
- д) лица, больные СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- е) лица с нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере или наблюдающиеся у врача-специалиста;
- ж) лица, признанные безвестно отсутствующими;
- з) лица, в отношении которых в связи с совершением ими преступления судом когда-либо назначались принудительные меры медицинского характера;
- и) лица, находящиеся под следствием, а также отбывающие наказание за совершение преступлений в виде лишения или ограничения свободы, ареста, содержания в дисциплинарной воинской части.

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

2.4.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в пп. 2.4.2. - 2.4.4. Правил, о чем Страхователь/Застрахованное лицо сообщили Страховщику заведомо ложную информацию, то Страховщик имеет право признать заключенный в отношении указанного лица договор страхования недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также отказать в осуществлении страховых выплат по такому договору страхования.

2.5. **Выгодоприобретатель** — одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховых выплат по договору страхования. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено договором страхования.

2.5.1. В случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица. Таких лиц может быть установлено как одно, так и более. В последнем случае Страхователь обязан указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. При отсутствии Выгодоприобретателя по договору страхования (не был назначен) выплата производится наследникам Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством.

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

2.5.3. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни. Не допускается страхование противоправных интересов.

IV. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 4.1. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
- 4.2. **Страховым случаем** является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).
- 4.3. **Несчастливым случаем** для целей настоящих Правил признается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, скоротечное событие, характер, время и место наступления которого могут быть однозначно определены, фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов в период действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного лица и повлекшее за собой причинение вреда здоровью Застрахованного лица или его смерть.
- 4.3.1. Если иное прямо не указано в Договоре страхования, несчастным случаем является:
- а) любая травма (в том числе ушиб мозга, сотрясение мозга, ушиб внутренних органов, полная или частичная потеря органов, вывих, перелом (за исключением патологического вывиха / перелома), ранение, разрыв, ожог, отморожение, поражение электрическим током);
 - б) случайное попадание в дыхательные пути инородных тел, удушение, утопление;
 - в) повреждение органов и частей тела в результате нападения животных;
 - г) повреждение органов и частей тела в результате укусов насекомых (только если перечисленные события повлекли за собой госпитализацию, инвалидность или смерть Застрахованного лица);
 - д) случайное острое отравление химическими веществами (промышленными или бытовыми), лекарствами (если они принимались по назначению врача в соответствии с указанной им дозировкой), ядами животного или растительного происхождения, только если перечисленные события повлекли за собой госпитализацию, инвалидность или смерть Застрахованного лица.
- 4.3.2. Только если это прямо указано в договоре страхования, несчастным случаем могут признаваться следующие события:
- а) инфекционное заболевание, только в случае занесения инфекции через рану, полученную при телесном повреждении, или инфицирование Застрахованного лица в результате лечения методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике, от последствий телесных повреждений;
 - б) заболевание клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом (болезнью Лайма) энцефаломиелитом (за исключением послепрививочных осложнений), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
 - в) другие события, предусмотренные договором страхования, обладающие признаками, указанными в п. 4.3. Правил.
- 4.4. Под **болезнью (заболеванием)** для целей настоящих Правил понимается нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, угрожающее жизни и здоровью Застрахованного и требующее неотложной медицинской помощи, диагностированное квалифицированным врачом впервые в период действия Договора страхования, но при этом не признанное хроническим при первичном обнаружении.

- 4.4.1. **Квалифицированный врач** — специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя и/или посредника, при участии которого был заключен договор страхования, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.
- 4.5. В договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, могут быть включены перечисленные ниже страховые риски:
- 4.5.1. **Смерть в результате несчастного случая** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Смерть в результате НС»);
- 4.5.2. **Смерть в результате несчастного случая или болезни** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Смерть в результате НС или болезни»);
- 4.5.3. **Инвалидность в результате несчастного случая** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Инвалидность в результате НС»);
- 4.5.4. **Инвалидность в результате несчастного случая или болезни** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Инвалидность в результате НС или болезни»);
Инвалидность – ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия договора страхования, приводящее к необходимости социальной защиты, с установлением группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании заключения медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК). В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет - категория «ребенок-инвалид».
- 4.5.5. **Постоянная (полная или частичная) нетрудоспособность в результате несчастного случая** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Постоянная нетрудоспособность в результате НС»);
- 4.5.6. **Постоянная (полная или частичная) нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Постоянная нетрудоспособность в результате НС или болезни»);
В рамках настоящих Правил под **постоянной (полной или частичной) нетрудоспособностью** понимается ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия договора страхования, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности, при условии, что вред, причиненный здоровью Застрахованного лица, выразился в форме или повлек наступление одного или нескольких событий, указанных в «Таблице размеров страховых выплат при постоянной (полной или частичной) нетрудоспособности» (Приложение №1 к Правилам).
- 4.5.7. **Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая** (далее по тексту, а также в договоре страхования / страховой программе данный риск может именоваться кратко «Временная нетрудоспособность в результате НС»);
Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая - нетрудоспособность в результате произошедшего в период действия Договора

страхования несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного ограниченного периода времени, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая.

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет и лиц, признанных нетрудоспособными в установленном законодательством порядке, риск «Временная нетрудоспособность в результате НС» понимается как частичное расстройство функций организма (временное расстройство здоровья).

Договором страхования / страховой программой может быть определено, что «Временная нетрудоспособность в результате НС» признается страховым случаем только при условии, что вред причиненный здоровью Застрахованного лица, выразился в форме или повлек наступление одного или нескольких из следующих событий:

а) экстренная госпитализация в стационарное лечебно-профилактическое учреждение для проведения лечения, необходимость которого была вызвана несчастным случаем; под **экстренной госпитализацией** в рамках настоящих Правил понимается помещение Застрахованного лица в круглосуточный стационар в течение 24 (Двадцати четырех) часов после несчастного случая по поводу состояний, требующих неотложной медицинской помощи.

б) оперативное вмешательство, обусловленное несчастным случаем и проведенное в течение 30 (Тридцати) дней после него, при условии, что первичное обращение за медицинской помощью имело место в течение 72 (Семидесяти двух) часов после несчастного случая;

под **оперативным вмешательством** в рамках настоящих Правил имеются в виду следующие медицинские манипуляции/действия, обусловленные ранением/повреждением: шов (пластика) сосудов, нервов, мышц, сухожилий, связок, капсулы суставов; костная пластика, резекция кости, артропластика, артродез, эндопротезирование, вправление вывихов (при условии подтверждения данного факта рентгеновским снимком), трепанация кости черепа, ампутация, трахеостомия, эндоскопические операции (артроскопия, лапароскопия, лапароцентез, бронхоскопия, эзофагоскопия, пункция грудной полости при гемо-, пневмотораксе), первичная хирургическая обработка раны, сопровождавшаяся наложением швов на рану, за исключением лейкопластырных «швов», т.е. сопоставления краев раны полосками лейкопластыря; первичная хирургическая обработка ожоговой раны;

в) травматический перелом, кроме патологического перелома, краевого перелома, трещины кости.

4.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, события, предусмотренные пп. 4.5.1. – 4.5.6. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления договора страхования в силу заболевания, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 1 (Одного) года от даты наступления несчастного случая или диагностирования заболевания.

V. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в любой точке мира, если иное не указано в договоре страхования.
- 5.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что Застрахованное лицо считается застрахованным только при его пребывании на определенной территории (в определенном месте).
- 5.3. Территория страхования по отдельным событиям, перечисленным в п. 4.5. Правил, может быть ограничена по соглашению сторон (например, пределами границ Российской Федерации).

VI. ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не являются события, указанные в п.4.5. настоящих Правил, которые произошли во время или в результате:
- 6.1.1. использования ядерной энергии, воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 6.1.2. любых военных действий (независимо от того, была объявлена война или нет), военных маневров или других военных мероприятий, их последствий, гражданских волнений или войн, военных переворотов, непосредственного участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего;
 - 6.1.3. непосредственного участия Застрахованного лица в народных волнениях, забастовках, беспорядках;
 - 6.1.4. умышленных действий или бездействия Застрахованного лица, Страхователя или Выгодоприобретателя, целью которых являлось причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица;
 - 6.1.5. умышленного совершения или попытки совершения Застрахованным лицом, Страхователем или Выгодоприобретателем преступления;
 - 6.1.6. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), кроме случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц (но не Страхователем или Выгодоприобретателем);
 - 6.1.7. заболеваний или осложнений заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления договора страхования в силу, или травм, полученных до вступления договора страхования в силу (включая медицинские манипуляции, произведенные до вступления договора страхования в силу);
 - 6.1.8. психического или нервного заболевания Застрахованного лица или эпилептического припадка или иных судорожных или конвульсивных приступов, приведших к любым последствиям (за исключением случаев, когда данные нарушения были вызваны несчастным случаем, предусмотренным договором страхования);
 - 6.1.9. участия Застрахованного лица в любых воздушных, авиационных или космических полетах/перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира, имеющего оплаченный действительный билет, или пилота регулярного, либо чартерного, авиарейса, авиарейса на коммерческом невоенном воздушном судне, лицензированном и допущенном к эксплуатации в соответствии с установленными правилами для перевозки пассажиров;
 - 6.1.10. проведения медицинских процедур и манипуляций без предписания квалифицированного врача, лечения любыми способами, официально не признанными медицинской наукой (нетрадиционная медицина), лечения или иного медицинского вмешательства, осуществляемого самим Застрахованным лицом (самолечение) или другими лицами по его поручению (кроме случаев, когда такое лечение или иное медицинское вмешательство производилось по предписанию врача в период действия договора страхования);
 - 6.1.11. болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией или заболеванием СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита), наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом.
- 6.2. Не является страховым случаем причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, если в момент наступления несчастного случая Застрахованное лицо:
- 6.2.1. находилось в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было приведено в такое состояние насильственно и случаев употребления Застрахованным лицом наркотических, токсических, сильнодействующих или психотропных веществ по предписанию лечащего

- врача и с соблюдением указанной врачом дозировки);
- 6.2.2. управляло любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления, либо передало управление транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления.
- 6.3. Не является страховым случаем нанесение вреда здоровью Застрахованного лица, вызванное применением рентгенодиагностики, терапевтических или оперативных методов лечения, кроме случаев, когда необходимость данных процедур вызвана необходимостью лечения Застрахованного от последствий травмы, полученной в результате несчастного случая.
- 6.4. Не является страховым случаем событие, возникшее при несоблюдении Застрахованным лицом рекомендаций / назначений врача о диагностическом обследовании и / или лечении вне зависимости от того, были даны рекомендации / назначения врача до наступления заявленного события или после.
- 6.5. Не считается страховым случаем и не покрывается страхованием по риску «Временная нетрудоспособность в результате НС» причинение вреда здоровью Застрахованного лица, явившееся результатом какого бы то ни было заболевания.
- 6.6. Договором страхования может быть предусмотрено, что Застрахованное лицо считается застрахованным только при его пребывании в пределах определенных территорий (в определенных местах) и (или) только в определенные периоды времени и (или) при выполнении иных условий. В этом случае при несоблюдении указанных в договоре страхования условий произошедшее событие не может являться страховым случаем и не покрывается страхованием.

VII. СТРАХОВАЯ СУММА

- 7.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 7.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования.
- 7.3. Страховая сумма может устанавливаться как в целом по договору страхования, так и отдельно по каждому риску.
- 7.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях.

VIII. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 8.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке, в сроки и способом, установленным договором страхования.
- 8.2. При определении размера страховой премии Страховщик вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.
- Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон в зависимости от срока страхования, возраста, состояния здоровья потенциального Застрахованного (в том числе на основании

медицинского освидетельствования), профессии и рода занятий Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по договору страхования, времени действия страховой защиты и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска.

- 8.3. Порядок уплаты страховой премии определяется соглашением сторон и указывается в договоре страхования.
- 8.4. Если иное не установлено договором страхования, днем уплаты страховой премии считается:
 - а) при уплате наличными — день получения денежных средств Страховщиком или его представителем;
 - б) при уплате по безналичному расчету — день поступления денежных средств на банковский счет Страховщика или его представителя.
- 8.5. Договором страхования может быть предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку — двумя или более страховыми взносами.
- 8.6. Если страховая премия или её первый взнос не были оплачены в сроки, установленные договором страхования, или были оплачены не в полном объеме, договор страхования считается не вступившим в силу и не порождает для сторон каких-либо правовых последствий. Оплаченная с просрочкой или не в полном объеме страховая премия или ее первый взнос возвращается Страхователю.
- 8.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате в рассрочку в случае неуплаты очередного взноса в размере и сроки, установленные Договором страхования, страхование, обусловленное договором страхования (обязательства Страховщика в части страховой выплаты по страховым случаям, предусмотренным п.4.5. настоящих Правил), не распространяется на страховые случаи, произошедшие после 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть оплачен. Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования путем направления Страхователю письменного уведомления об отказе от договора страхования. При этом договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем доставки уведомления по адресу, указанному Страхователем при заключении договора страхования и / или в период его действия. Ранее оплаченные взносы при этом возврату не подлежат.

IX. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

- 9.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.
- 9.2. Договор страхования может заключаться на любой срок.
- 9.3. Начало и окончание срока действия договора страхования определяется календарными датами, которые указываются в страховом полисе.
 - 9.3.1. Договор страхования, начало срока действия которого определено календарной датой, вступает в силу в 00 часов указанного дня.
 - 9.3.2. Срок действия договора страхования, окончание которого определено календарной датой, истекает в 24 часа указанного дня.
- 9.4. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу и до истечения срока действия договора, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.
- 9.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, страхование, обусловленное договором, действует 24 часа в сутки (круглосуточно).
- 9.6. Договором страхования может быть предусмотрено, что Застрахованное лицо считается застрахованным только в определенные периоды времени (время действия страховой защиты), т.е. по соглашению сторон страховыми могут признаваться случаи, произошедшие с Застрахованным лицом:
 - 9.6.1. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), исключая время пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно;

- 9.6.2. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно. Время нахождения в пути может быть ограничено определенным временным промежутком, указанным в Договоре страхования;
- 9.6.3. только в быту (во время, свободное от исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей);
- 9.6.4. только во время тренировок и соревнований;
- 9.6.5. только во время мероприятий, поездок, выполнения работ, определенных договором страхования;
- 9.6.6. в любое другое время, предусмотренное договором страхования.

Х. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. **Договор страхования** — соглашение между Страхователем и Страховщиком, по которому одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), произвести страховую выплату в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, или наступления в его жизни иного предусмотренного договором страхования события (страхового случая).
- 10.2. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет за собой недействительность договора страхования.
- 10.3. Договор страхования может быть заключен путем:
 - а) составления и подписания Страхователем и Страховщиком единого документа – договора страхования (Приложение №10 к Правилам);
 - б) вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение №9 к Правилам);
 - в) в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством.
- 10.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя подачи письменного заявления на страхование, установленной Страховщиком формы (Приложение №5 к Правилам), с приложением документов, необходимых для принятия решения о заключении договора. Необходимый перечень документов для заключения договора страхования приведен в п. 10.6. Правил, при этом Страховщик оставляет за собой право сократить указанный перечень, исходя из степени риска и заявленной страховой суммы.
- 10.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, оговоренные Страховщиком в стандартных формах договора страхования (страхового полиса), заявления на страхование или в письменном запросе Страховщика.
- 10.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику:
 - 10.6.1. **Страхователи – юридические лица** предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения:
 - а) наименование;
 - б) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) или код иностранной организации (КИО);
 - в) государственный регистрационный номер (ОГРН);
 - г) дату и место государственной регистрации;

- д) наименование регистрирующего органа¹;
- е) адрес местонахождения (юридический адрес)¹;
- ж) фактический адрес;
- з) почтовый адрес;
- и) бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица в п. 10.6.3);
- к) единоличный исполнительный орган (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц в п. 10.6.3);
- л) резидент / не резидент РФ (в случае, если юридическое лицо не является резидентом, необходимо указать резидентом какого государства оно является);
- м) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

10.6.2. **Страхователи – индивидуальные предприниматели** предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения²:

- а) фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- б) гражданство;
- в) дату и место рождения;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность³;
- д) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- е) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- ж) идентификационный номер налогоплательщика;
- з) государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- и) дату и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- к) наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- л) адрес местонахождения;
- м) адрес места регистрации;
- н) почтовый адрес;
- о) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

10.6.3. **Страхователи – физические лица** предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения²:

- а) фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- б) гражданство;
- в) дату и место рождения;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность³;
- д) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- е) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- ж) идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- з) телефон, адрес электронной почты.

10.6.4. При заключении Договора страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя сведения медицинского характера о потенциальном Застрахованном лице, которые могут включать в себя медицинское заключение по установленной Страховщиком форме (Приложение №7 к Правилам), результаты функционально-диагностических и лабораторных исследований, а именно: анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, общий и

¹ Данные из свидетельства о государственной регистрации российского юридического лица; для иностранных лиц – данные, содержащиеся в документах о государственной регистрации государства учреждения и/или в свидетельстве о постановке на налоговый учет в Российской Федерации.

² Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся Застрахованными лицами/Выгодоприобретателями по договору страхования.

³ Страховщику должна быть предоставлена копия документа, удостоверяющего личность.

биохимический анализы крови, ЭКГ в покое (лента ЭКГ и заключение врача), стресс-ЭКГ (протокол велоэргометрии или тредмилметрии), рентгенография (крупнокадровая флюорография) органов грудной клетки с описанием. Кроме того, Страховщик также вправе запросить иммунохимические и серологические анализы крови, результаты функционально-диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенологических исследований, включая рентгенограммы, гистологических исследований) в зависимости от локализации патологии потенциального Застрахованного лица, заключения врачей-специалистов соответствующего профиля в зависимости от имеющихся у потенциального Застрахованного отклонений в состоянии здоровья, выписные эпикризы, выданные в период лечения заболеваний, проводимых до заключения договора страхования, амбулаторные карты из всех лечебных учреждений, где потенциальный Застрахованный получал медицинскую помощь (включая поликлинику по месту жительства), за определенный период, предшествующий заключению договора страхования.

- 10.6.5. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать заполнение Декларации о финансовом положении по форме, установленной Страховщиком (Приложение №6 к Правилам), а также запросить документы, подтверждающие финансовое положение потенциального Застрахованного лица, а именно: подтверждение размера дохода за последние 3 (Три) года (справки о доходах физического лица (2НДФЛ), справки с места работы о размере дохода и занимаемой должности, налоговые декларации по налогу на доходы физических лиц (3НДФЛ) или подтверждение размера дохода налоговым инспектором); копию кредитного договора или решения кредитного комитета банка о предоставлении кредита, включая срок и размер кредита; договоры аренды движимого и недвижимого имущества, находящегося в собственности потенциального Застрахованного; документы, подтверждающие размер дивидендов от ценных бумаг; информацию о компании, учредителем/участником/акционером которой является потенциальный Застрахованный (учредительные документы, год основания компании, количество сотрудников, годовой оборот, недвижимость, активы и пассивы, участие в других предприятиях (если таковые имеются), незаконченные судебные разбирательства и случаи банкротства (если таковые имеются); балансовые отчеты компании, информация о зарплате главного исполнительного директора, неоплаченные долги, дебиторская задолженность/кредиторская задолженность, обязательства, списание долгов, структура активов, копии годовых отчетов компании).
- 10.6.6. Страховщик также вправе потребовать заполнения потенциальным Застрахованным лицом дополнительных вопросников, касающихся его состояния здоровья, увлечений / хобби и особенностей его профессиональной деятельности, на основании которых будет произведена оценка риска при принятии на страхование (Приложение №8 к Правилам).
- 10.7. Страховщик вправе впоследствии проверять сообщенные Страхователем при заключении договора страхования сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.
- 10.8. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.
- 10.9. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.
- 10.10. При заключении договора страхования в отношении нескольких лиц Застрахованные лица могут быть указаны в тексте договора страхования или в списке Застрахованных лиц, который является неотъемлемой частью договора страхования.
- 10.11. В случае утери договора страхования (полиса) Страхователем Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр договора страхования считается не имеющим юридической силы с момента

подачи Страхователем соответствующего заявления. При повторной утрате договора страхования (полиса) Страховщик вправе потребовать от Страхователя уплаты денежной суммы в размере стоимости изготовления дубликата договора страхования (полиса).

- 10.12. Все данные о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Информация, полученная Страхователем и/или Застрахованным лицом от Страховщика и помеченная последним как конфиденциальная, не может быть раскрыта третьим лицам без предварительного письменного согласия Страховщика.
- 10.13. Все изменения условий договора страхования производятся по соглашению сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме.
- 10.14. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения. Вся корреспонденция в связи с договором страхования направляется по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны, неизвещенная Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.
- 10.15. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц и печати Страховщика способом механического и иного копирования, в том числе с помощью компьютерных программ, при заключении договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения договора страхования.

XI. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 11.1. Договор страхования прекращается в случае:
- 11.1.1 истечения срока действия договора страхования;
 - 11.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем (Выгодоприобретателем) по договору в полном объеме;
 - 11.1.3. смерти Застрахованного лица – в отношении данного Застрахованного лица;
 - 11.1.4. по требованию (по инициативе) Страховщика – в случаях предусмотренных законодательством РФ или договором страхования;
 - 11.1.5. если иное не предусмотрено договором страхования, при оплате в рассрочку в случае неуплаты очередного взноса в размере и сроки, установленные договором страхования, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования путем направления Страхователю письменного уведомления об отказе от договора страхования. Договор считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем доставки уведомления по адресу, указанному Страхователем при заключении договора страхования и/или в период его действия;
 - 11.1.6. по требованию (по инициативе) Страхователя;
 - 11.1.7. по соглашению сторон;
 - 11.1.8. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
 - 11.1.9. ликвидации Страхователя – юридического лица либо смерти Страхователя – физического лица, если Застрахованное или третье лицо не приняло на себя

- исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов);
- 11.1.10. при принятии судом решения о признании договора страхования недействительным;
- 11.1.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Правилами и договором страхования.

XII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 12.1. Страхователь имеет право:
- 12.1.1. получить оригинал договора страхования и его дубликат в случае утраты;
- 12.1.2. получить Правила и/или условия страховой программы, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен договор страхования;
- 12.1.3. получать разъяснения по заключенному договору страхования;
- 12.1.4. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;
- 12.1.5. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением требований, предусмотренных в настоящих Правилах и законодательстве Российской Федерации;
- 12.1.6. вносить с согласия Страховщика изменения в условия договора страхования;
- 12.1.7. в любое время, письменно уведомив Страховщика, отказаться от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя договор страхования считается прекращенным с 24 часов дня, указанного в уведомлении Страхователя, но не ранее дня получения уведомления Страховщиком. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением случаев, указанных в п. 11.2 настоящих Правил или если договором страхования не предусмотрено иное.
- 12.2. Страхователь обязан:
- 12.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- 12.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую и достоверную информацию о своей (и/или Застрахованного лица) жизни, деятельности и состоянии здоровья, предусмотренную настоящими Правилами, необходимую ему для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска);
- 12.2.3. при коллективном страховании предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием установленных для них размеров страховых сумм;
- 12.2.4. незамедлительно письменно сообщать Страховщику обо всех изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на степень риска, в том числе произошедших во время действия договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и договоре страхования, а также указанных в разделе XIII Правил);
- 12.2.5. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на получение страховой выплаты, установленной Страховщиком формы (Приложение №11 к Правилам), а также все необходимые документы в соответствии с разделом XVII Правил (данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой);
- 12.2.6. возратить полученную страховую выплату или её часть, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты (данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя);
- 12.2.7. письменно уведомлять Страховщика обо всех договорах страхования Застрахованного лица от несчастных случаев и/или болезней с другим страховщиком;
- 12.2.8. исполнять любые иные положения настоящих Правил и договора страхования.
- 12.3. Страховщик имеет право:
- 12.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

- 12.3.2. потребовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения;
- 12.3.3. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем положений настоящих Правил и договора страхования.
- 12.3.4. потребовать медицинского освидетельствования потенциального Застрахованного лица в объеме, определенном Страховщиком, и направить его для прохождения необходимого медицинского обследования в определенное лечебное учреждение;
- 12.3.5. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливая ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев);
- 12.3.6. направить к Застрахованному лицу своего квалифицированного врача, которому должна быть предоставлена возможность свободного доступа к Застрахованному лицу, для всестороннего его обследования;
- 12.3.7. самостоятельно запрашивать в случае необходимости документацию, предусмотренную настоящими Правилами, из лечебных учреждений и компетентных органов (в том числе для принятия решения о страховой выплате);
- 12.3.8. организовывать проведение медицинского освидетельствования и независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
- 12.3.9. при проведении страховой экспертизы квалифицированным врачом – осматривать Застрахованное лицо, задавать ему вопросы о состоянии здоровья, просить выполнить его какие-либо действия, помогающие определить степень утраты функций организма, а также знакомиться с медицинскими документами о состоянии здоровья Застрахованного лица, лично беседовать с его лечащим врачом и другим медицинским персоналом, совершать иные действия, необходимые для установления причин и обстоятельств страхового случая;
- 12.3.10. получать информацию, относящуюся к врачебной тайне, с письменного согласия Застрахованного лица (его законного представителя);
- 12.3.11. требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате (риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель);
- 12.3.12. не признавать случай страховым и отказать в страховой выплате в случае, если:
 - а) Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил обязанности, предусмотренные пп. 12.2.1., 12.2.2., 12.2.4. Правил;
 - б) Страхователь, Застрахованное лицо либо Выгодоприобретатель предоставили ложные или недостоверные сведения, связанные с причиной наступления страхового случая;
 - в) Страхователь (Выгодоприобретатель) не исполнил обязанность, предусмотренную п.14.1.1. Правил;
 - г) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;
- 12.3.13. в случае увеличения степени страхового риска – потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, а если стороны не пришли к согласию – вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, при этом Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали;
- 12.3.14. отказаться от договора страхования по основаниям и в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации, Правилами или договором страхования;
- 12.3.15. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования.
- 12.4. Страховщик обязан:
 - 12.4.1. ознакомить Страхователя с условиями договора страхования;
 - 12.4.2. выдать Страхователю Правила страхования и/или условия страховой программы, разработанной на основании настоящих Правил, при заключении договора страхования;
 - 12.4.3. давать разъяснения по вопросам, касающимся договора страхования;

- 12.4.4. соблюдать требование законодательства о защите персональных данных, защищать от распространения информацию о персональных данных Застрахованных лиц/Страхователей/Выгодоприобретателей, переданную Страховщику, а также обрабатывать персональные данные только для целей заключенного договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, за исключением операций по перестрахованию, и нести ответственность за надлежащее обеспечение сохранности, конфиденциальности и безопасности при обработке персональных данных, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 12.4.5. в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе в связи с заключением и исполнением договора страхования;
- 12.4.6. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, предусмотренный Правилами и договором страхования;
- 12.4.7. сообщить Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю или их законным представителям в письменной форме об отказе в страховой выплате с обоснованием причин;
- 12.4.8. выдать дубликат договора страхования в случае его утери Страхователем;
- 12.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

XIII. ФАКТОРЫ СУЩЕСТВЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

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

XIV. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 14.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан:
 - 14.1.1. принять все разумные и доступные ему меры для уменьшения и предотвращения

- дальнейшего причинения вреда здоровью Застрахованного лица, а именно обратиться за первой медицинской помощью в течение 72 (Семидесяти двух) часов;
- 14.1.2. при первой возможности, но не позднее 30 (Тридцати) дней с момента наступления события, имеющего признаки страхового случая, сообщить о случившемся Страховщику любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события, может быть исполнена самим Застрахованным лицом по Договору страхования или Выгодоприобретателем
- 14.1.3. предъявить Страховщику все затребованные им документы, предусмотренные настоящими Правилами.

XV. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 15.1. Страховая выплата при наступлении страхового случая по рискам «Смерть в результате НС», «Смерть в результате НС или болезни» (пп. 4.5.1. – 4.5.2. Правил) составляет 100% страховой суммы.
- 15.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по рискам «Инвалидность в результате НС», «Инвалидность в результате НС или болезни» (пп. 4.5.3. – 4.5.4. Правил) определяется в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному лицу группы инвалидности:
- при установлении Застрахованному лицу I группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» — от 50% до 100% страховой суммы;
 - при установлении Застрахованному лицу II группы инвалидности — от 30% до 100% страховой суммы;
 - при установлении Застрахованному лицу III группы инвалидности — от 10% до 80% страховой суммы.
- Точный размер выплат устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.
- 15.2.1. Договор страхования может предусматривать один из следующих вариантов осуществления страховой выплаты по страховому случаю «Инвалидность в результате НС или болезни:
- выплата в связи с установлением только I группы инвалидности;
 - выплаты в связи с установлением I и II групп инвалидности;
 - выплаты в связи с установлением I, II и III групп инвалидности;
 - выплаты в связи с установлением I группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни, II и III групп инвалидности - только в результате несчастного случая;
 - выплаты в связи с установлением I и II групп инвалидности в результате несчастного случая или болезни, III группы инвалидности - только в результате несчастного случая.
- Вариант осуществления страховой выплаты устанавливается условиями договора страхования.
- 15.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по рискам «Постоянная нетрудоспособность в результате НС», «Постоянная нетрудоспособность в результате НС или болезни» (пп. 4.5.5. – 4.5.6. Правил) определяется в процентах от страховой суммы в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат при постоянной (полной или частичной) нетрудоспособности» (Приложение №1 к Правилам) или иной таблицей страховых выплат, являющейся приложением к договору страхования.
- 15.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по риску «Временная нетрудоспособность в результате НС» (п. 4.5.7. Правил)

определяется по одному из следующих вариантов:

а) в процентах от 0,1 до 1% от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности или временного расстройства здоровья, начиная с первого или другого, указанного в договоре страхования дня. Конкретный размер выплаты определяется условиями договора страхования. Договором страхования может быть предусмотрен минимальный срок лечения, дающий право на страховую выплату в соответствии с данным подпунктом Правил, а также может быть установлено максимальное количество дней временной нетрудоспособности, подлежащих оплате по одному страховому случаю.

б) в процентах от страховой суммы в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат при временной нетрудоспособности в результате несчастного случая» (Приложение №2 к Правилам).

в) в процентах от страховой суммы в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат при телесных повреждениях (травмах)» (Приложение №3 к Правилам) или иной таблицей страховых выплат, являющейся приложением к договору страхования.

Вариант определения размера выплаты устанавливается условиями договора страхования.

- 15.4.1. При определении размера страховой выплаты в процентах по одной из таблиц выплат в соответствии с пп. 15.4.б), в), порядок определения размера страховой выплаты в процентах от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности в соответствии с п. 15.4.а) не применяется.
- 15.4.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что если в связи с временной нетрудоспособностью потребуются реабилитационно-восстановительное лечение общеукрепляющего и восстановительного (реабилитационного) характера, курсы физиотерапевтического лечения, массаж, лечебная физкультура, то Застрахованному дополнительно к произведенным выплатам однократно производится страховая выплата в размере 5% от страховой суммы. Договором страхования может быть предусмотрен минимальный срок реабилитационно-восстановительного лечения, дающий право на страховую выплату в соответствии с данным подпунктом Правил.
- 15.5. Порядок определения размера страховой выплаты, предусмотренный настоящим разделом Правил, применяется в случае, когда договором страхования установлена единая страховая сумма по всем страховым рискам. Если договором страхования страховые суммы установлены для каждого страхового риска по отдельности, то в этом случае под страховой суммой понимается страховая сумма, установленная по соответствующему страховому риску.
- 15.6. Если в договоре страхования установлена страховая сумма единая для страховых рисков, включенных в договор страхования, то общий размер страховых выплат по договору страхования, независимо от количества и причин наступивших страховых случаев с Застрахованным лицом, не может превышать 100% единой страховой суммы.
- 15.7. Если в договоре страхования страховые суммы установлены для каждого страхового риска по отдельности, то размер страховых выплат в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной для этого страхового риска, если иное не установлено договором страхования.
- 15.8. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловили наступление последовательности событий, указанных в пп. 4.5.1. - 4.5.7.

Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховой выплаты, произведенной ранее Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью. Данное условие применяется, если договором страхования установлена единая страховая сумма по всем страховым рискам. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия наступления нескольких страховых случаев с одним и тем же Застрахованным лицом в результате одного и того же несчастного случая или болезни.

XVI. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 16.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №11 к Правилам), а также документов, указанных в разделе XVII Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.
- 16.2. Если ни Страхователь, ни Застрахованное лицо, ни Выгодоприобретатель не имели возможности известить Страховщика о наступлении страхового события в пределах указанного в п. 14.1.2. Правил срока и предоставили доказательства того, что возможность своевременного извещения отсутствовала, Страховщик обязан принять к рассмотрению заявление на получение страховой выплаты.
- 16.3. Страховщик после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами, принимает решение о признании или непризнании наступившего события страховым случаем. Признание или непризнание наступившего события страховым случаем осуществляется в форме составления и утверждения Страховщиком страхового акта в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения заявления на получение страховой выплаты с приложением всех необходимых документов.
- 16.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая выплата производится:
 - а) в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового Акта;
 - б) в рублях или в рублевом эквиваленте (если страховая сумма указана в иностранной валюте) по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату выплаты, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 16.5. Уведомление о непризнании заявленного события страховым случаем с указанием обоснования направляется Страхователю (Выгодоприобретателю) в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня составления страхового Акта.
- 16.6. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая выплата осуществляется не единовременно, а несколькими платежами, размеры, сроки и порядок осуществления которых устанавливаются договором страхования.
- 16.7. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по следующим основаниям:
 - а) произошедшее событие не является страховым случаем в соответствии с условиями договора страхования;
 - б) событие произошло за пределами срока действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных п.4.6. Правил;
 - в) событие произошло за пределами территории, указанной в договоре страхования;
 - г) по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством, настоящими Правилами или условиями страхования.
- 16.8. При решении вопроса о признании или непризнании наступившего события страховым случаем каждая из сторон вправе потребовать проведения независимой медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза может быть проведена исключительно специалистом или медицинской организацией, имеющей, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, соответствующие лицензию (разрешение) и (или) сертификат

соответствия.

- 16.9. При проведении страховой экспертизы Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан предоставлять всю имеющуюся у него информацию о состоянии здоровья, самочувствии Застрахованного лица, а также об обстоятельствах наступления страхового случая.
- 16.10. Отказ Страховщика в признании наступившего события страховым случаем может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в судебном порядке.
- 16.11. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 16.12. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на ее получение переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 16.13. Если в какой-либо момент после осуществления страховой выплаты в связи со смертью Застрахованного лица выясняется, что Застрахованное лицо живо, все страховые выплаты должны быть полностью возвращены Страховщику лицом, получившим эти выплаты.
- 16.14. Если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель является несовершеннолетним, то в качестве получателя страховой выплаты может выступать только законный представитель Застрахованного лица или сам Застрахованный в возрасте старше 14 (Четырнадцать) лет.

XVII. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 17.1. Для получения страховой выплаты при наступлении любого страхового случая Страховщику должны быть предоставлены перечисленные ниже документы:
- а) заявление на получение страховой выплаты, установленной Страховщиком формы (Приложение №11 к Правилам);
 - б) страховой полис/договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
 - в) документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя);
 - г) документ, удостоверяющий личность заявителя;
 - д) реквизиты банковского счета получателя страховой выплаты;
 - е) результаты диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенологические исследования, включая рентгенограммы, гистологические исследования и другие проведенные исследования);
 - ж) документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент страхового события/обращения или поступления в лечебное учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степень алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние опьянения;
 - з) медицинская карта стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
 - и) переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного лица из одного стационара в другой);
 - к) медицинские карты из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные

учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках ДМС, в которые Застрахованный обращался на протяжении 10 (Десяти) лет до заключения договора страхования.

л) данные об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью из Фонда обязательного медицинского страхования/страховой компании по ОМС, и в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования - из страховой компании по ДМС;

м) выписки из медицинских карт амбулаторного больного онкологического/ наркологического/ противотуберкулезного/ психоневрологического диспансеров с информацией о диагнозе и дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;

н) копия Трудовой книжки Застрахованного/ табель учета рабочего времени.

17.2. При наступлении страхового случая «Временная нетрудоспособность в результате НС», «Инвалидность в результате НС», «Инвалидность в результате НС или болезни», «Постоянная нетрудоспособность в результате НС», «Постоянная нетрудоспособность в результате НС или болезни» дополнительно к перечню документов согласно п. 17.1. Страховщику должны быть предоставлены:

а) листки нетрудоспособности, выданные лечебными учреждениями, где проводилось лечение по поводу заявленного события, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;

б) медицинский документ о первичном обращении по поводу заявленного события с информацией о дате обращения, дате наступления события, диагнозе, проведенном обследовании и лечении;

в) медицинская карта амбулаторного больного с информацией о дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение).

17.3. При наступлении страховых случаев «Инвалидность в результате НС», «Инвалидность в результате НС или болезни» дополнительно к перечню документов согласно пп. 17.1.-17.2. Страховщику должны быть предоставлены:

а) справка установленного образца об установлении группы инвалидности (в случае повторного установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);

б) акт медико-социальной экспертизы гражданина (освидетельствование в бюро МСЭ) (в случае повторного установления инвалидности – акты, оформленные при предшествующих освидетельствованиях в бюро МСЭ);

в) направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь с обратным талоном (форма №088/у-06) (в случае повторного установления инвалидности – направления с обратными талонами, выданные при предыдущих освидетельствованиях в бюро МСЭ);

г) протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – протоколы, оформленные при предыдущих освидетельствованиях в бюро МСЭ);

д) индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

17.4. При наступлении страховых случаев «Смерть в результате НС», «Смерть в результате НС или болезни» дополнительно к перечню документов согласно п. 17.1. Страховщику должны быть предоставлены:

а) свидетельство о праве на наследство (если договором страхования не определен Выгодоприобретатель) с указанным в нём правом на получение страховой выплаты;

б) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;

в) медицинское свидетельство о смерти;

г) посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);

д) акт/протокол патолого-анатомического вскрытия/исследования и патолого-

химического исследования или акты судебно-медицинского вскрытия/исследования и судебно-химического исследования или заключение эксперта (судебно-медицинского) (если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось).

- 17.4.1. В случае наступления смерти Застрахованного лица вне медицинского учреждения дополнительно необходимо предоставить:
- а) постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
 - б) решение суда, если уголовное дело было возбуждено.
- 17.4.2. В случае если Застрахованное лицо пропало без вести Страховщику должно быть предоставлено решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного умершим.
- 17.5. Если имел место несчастный случай на производстве, дополнительно необходимо предоставить акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.
- 17.6. Если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц, дополнительно необходимо предоставить:
- а) постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
 - б) решение суда, если уголовное дело было возбуждено.
- 17.7. Если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены:
- а) справка о дорожно-транспортном происшествии и приложение к справке о дорожно-транспортном происшествии, заполняемое при наличии пострадавших;
 - б) постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела;
 - в) решение суда, если уголовное дело было возбуждено;
 - г) водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события;
 - д) паспорт транспортного средства;
 - е) акт (протокол) медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события.
- 17.8. Если получателем страховой выплаты является законный представитель Застрахованного лица, то Страховщику должны быть дополнительно предоставлены следующие документы:
- а) документ, удостоверяющий личность законного представителя;
 - б) акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя (в случае если законным представителем является опекун/ попечитель Застрахованного лица);
 - в) свидетельство о рождении Застрахованного лица (в случае если Застрахованное лицо является несовершеннолетним);
 - г) нотариально оформленная доверенность на получение страховой выплаты (если право на получение страховой выплаты было передано).
- 17.9. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически предоставленных документов для признания произошедшего события страховым случаем и определения размера выплаты, поэтому оставляет за собой право сократить перечень документов, приведенный в пп.17.1.- 17.8. Правил.
- 17.10. Документы для решения вопроса о страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов или копий, заверенных подписью уполномоченного на то лица и печатью выдавшего учреждения.
- 17.11. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод.
- 17.12. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, вследствие плохого качества изображения или нарушения целостности документа

(надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе потребовать предоставления документов надлежащего качества.

XVIII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 18.1. Споры, вытекающие из договора страхования, заключенного на условиях Правил, разрешаются с соблюдением досудебного претензионного порядка.
- 18.2. До обращения в судебные органы Сторона, чье право было нарушено, обязана направить в адрес другой Стороны письменную претензию с требованием об устранении нарушения.
- 18.3. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен только после получения ответа на претензию или отсутствия ответа в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента ее вручения другой Стороне.
- 18.4. При недостижении взаимного согласия по урегулированию претензии споры по Договору страхования между сторонами разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.