



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 06.05.2019 г. приказ № 0506/А-1

ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

(№ 10010/003)¹

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения и термины. Объект и субъекты страхования
2. Страховые риски и страховые случаи. Объем страхового покрытия (страховой ответственности)
3. Страховые суммы
4. Размер и порядок уплаты страховой премии
5. Порядок заключения, вступления в силу, изменения и прекращения договора страхования
6. Порядок выплаты страхового возмещения. Случаи отказа в страховой выплате
7. Размеры страховых выплат
8. Права и обязанности по договору страхования
9. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
10. Персональные данные
11. Порядок разрешения споров
12. Основные положения взаимодействия с потребителями страховых услуг

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Указанный номер 10010 соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) /003 - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил страхования (далее — Правила) и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации юридическое лицо Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее соответствующую лицензию в установленном Законом Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке, (далее — *Страховщик*) вправе заключать договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней (см. п.1.3 Правил) с юридическими и дееспособными физическими лицами (далее — *Страхователи*).

1.2. *Объектом страхования* по настоящим Правилам являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного(ых) лица(лиц) (п.1.6 Правил) в результате несчастного случая и/или заболевания.

1.3. Под *договором страхования* понимается письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик предоставляет *страховую защиту* на определенных договором страхования условиях, а именно (применительно к настоящему страхованию):

по договору страхования от несчастных случаев и/или болезней (сокращенно — *договор страхования*) Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (*страховую премию*) выплатить лицу(ам), в пользу которого(ых) заключен договор страхования, обусловленную договором страхования сумму (*страховое возмещение*) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (*страхового случая*, см. раздел 2 Правил), связанного с причинением вреда жизни или здоровью самого Страхователя или другого названного в договоре страхования физического лица (*Застрахованного лица*, п.1.6 Правил).

1.4. Под *Сторонами договора страхования (Сторонами)* понимаются Страховщик и Страхователь, заключившие договор страхования.

1.5. В рамках настоящих Правил страховые правоотношения могут быть оформлены в виде индивидуальных или коллективных договоров страхования.

1.5.1. Под *индивидуальным договором страхования* понимается договор, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

1.5.2. Под *коллективным договором страхования* понимается договор, заключенный в отношении группы Застрахованных лиц¹. При заключении коллективного договора страхования Застрахованные лица могут быть указаны непосредственно в «Договоре» (Полисе) или в прилагаемых к «Договору» (Полису) Списке(ах) Застрахованных лиц либо в ином документе, содержащем данные сведения.

1.6. Под *Застрахованным лицом* (на этапе заключения договора страхования — *принимаемым на страхование лицом*) понимается лицо, в отношении жизни и/или здоровья которого *заключен* (соответственно — *заключается*) договор страхования.

Застрахованное лицо должно быть названо в договоре страхования или указано (оговорено) иным образом, позволяющим определить (идентифицировать) лицо, в отношении которого действует страхование (в частности, однозначно определить при наступлении страхового случая, распространяется ли действие страхования на то или иное конкретное лицо)².

1.7. Если Страхователь - физическое лицо заключил договор страхования в отношении себя, он выступает также в качестве Застрахованного лица.

1.8. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика (п.2 ст.955 ГК РФ³, см. также пп. 1.12, 5.11.3 Правил).

1.9. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не указано в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица (абз.1 п.2 ст.934 ГК РФ, см. также пп.6.8, 8.6 Правил).

¹ По коллективному договору страхования в качестве Застрахованных лиц могут выступать работники Страхователя, члены семьи Страхователя, подопечные (воспитанники) Страхователя или иные лица, указанные (оговоренные) Страхователем в договоре страхования.

² Например, если договор страхования заключен в отношении всех граждан, совершающих в оговоренный договором страхования период поездку на конкретном транспортном средстве в соответствии с приобретенными проездными документами (билетами), Застрахованным лицом признается (является) любой пассажир, фактически перевозимый данным транспортным средством и имеющий билет на рейс, совершаемый в вышеуказанный период действия страхования.

³ Здесь и далее по тексту Правил «Гражданский Кодекс Российской Федерации» сокращенно именуется «ГК РФ».

1.10. 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 (абз.2 п.2 ст.934 ГК РФ)⁴.

1.10.1. По договору страхования допускается назначение одного или нескольких Выгодоприобретателей по одному и тому же риску или по разным рискам.

1.10.2. Если Выгодоприобретателями назначены несколько указанных в договоре страхования лиц по одинаковым рискам (страховым случаям), в договоре страхования могут быть указаны доли (размеры) или условия определения долей (размеров) страховой выплаты, причитающихся каждому из Выгодоприобретателей; если же такие доли (размеры) или условия их определения в договоре страхования не указаны, то при наступлении страхового случая страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из Выгодоприобретателей.

1.11. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика; при этом замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица (см. п.1.10 Правил), допускается лишь с согласия этого лица (абз.1 ст.956 ГК РФ).

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 страхового возмещения (абз.2 ст.956 ГК РФ).

1.12. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель – физическое лицо) вправе реализовывать свои права и обязанности по договору страхования полностью или в необходимой части через своего *представителя* (в частности, по оформленной надлежащим образом доверенности, содержащей соответствующие полномочия представителя).

Права и обязанности недееспособного или ограниченного в дееспособности Застрахованного лица (Выгодоприобретателя – физического лица) в соответствующей части реализуются его законным представителем.

Лицо в возрасте до 18 лет, признанное дееспособным в установленном законодательством порядке, в полном объеме реализует права и обязанности, предусмотренные договором страхования.

1.13. Право на получение страховой выплаты принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор страхования (см. пп. 1.9, 6.8, 6.9 Правил).

1.14. Участники страхования (Страховщик, Страхователь, Застрахованные лица, Выгодоприобретатели) именуются (совместно или в отдельности) *субъектами страхования*.

1.15. Указанные в настоящем пункте Правил понятия (термины)⁵ имеют в рамках Правил следующее толкование:

1.15.1. *Расстройство (нарушение) функций организма* — отклонение физиологических функций систем организма от общеизвестных стандартов существования организма как биологической структуры.

1.15.2. *Временное расстройство функций организма* — такое расстройство функций организма (п.1.15.1 Правил), когда медицинскими технологиями в установленные сроки удалось устранить данное расстройство.

1.15.3. *Стойкое расстройство функций организма* — такое расстройство функций организма (п.1.15.1 Правил), когда медицинскими технологиями в установленные сроки не удалось устранить данное расстройство.

1.15.4. *Временное расстройство здоровья (ВРЗ)* — нарушение здоровья Застрахованного лица с момента фиксирования врачом расстройства функций организма (п.1.15.1 Правил) до момента восстановления (стабилизации) функций организма (временное расстройство функций организма - см. п.1.15.2 Правил) или до момента установления стойкого расстройства функций организма (инвалидности - см. пп.1.15.3, 1.15.5 Правил) или до момента смерти Застрахованного лица, обусловленное травмами, острыми отравлениями или заболеваниями (их последствиями), сопровождаемое утратой (полной или частичной) Застрахованным лицом способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, общению, обучению или трудовой деятельности на срок, необходимый для проведения амбулаторного и/или стационарного курса лечения с целью компенсации (восстановления) нарушенных функций организма.

Временное расстройство здоровья лиц, которым в соответствии с положениями действующего законодательства⁶ могут быть выданы листки нетрудоспособности (больничные листы), в тексте настоящих Правил может также именоваться как «*временная нетрудоспособность*».

⁴ То есть назначение Выгодоприобретателя производится Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица.

⁵ Определения иных терминов, употребляемых в Правилах, даны по тексту Правил.

⁶ См., например, Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

1.15.5. *Инвалидность (ИНВ)* — нарушение здоровья Застрахованного лица со стойким расстройством функций организма (см. п.1.15.3 Правил), обусловленное заболеваниями или последствиями травм, приведшими к ограничению жизнедеятельности Застрахованного лица (полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью) и необходимости в мерах его социальной защиты (включая реабилитацию).

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, лицу, признанному инвалидом, устанавливается:

- I, II или III группа инвалидности — для лиц в возрасте от 18 лет и старше;
- категория «ребенок-инвалид» — для лиц в возрасте до 18 лет.

Если иное не установлено действующим законодательством, признание лица инвалидом и установление группы инвалидности производятся учреждениями медико-социальной экспертизы.

1.15.6. *Утрата профессиональной трудоспособности (УПТ)* — неспособность (невозможность) Застрахованным лицом осуществлять профессиональную деятельность (того же содержания, той же квалификации, того же качества и в том же объеме, что до получения повреждения здоровья), к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения (переобучения) или опыта, вследствие обусловленного травмами или заболеваниями (их последствиями) нарушения функций организма (см. также п.2.10 Правил).

Степень утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах на момент освидетельствования Застрахованного лица, исходя из оценки потери способности осуществлять профессиональную деятельность, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми компетентными органами⁷.

Если иное не установлено действующим законодательством, утрата лицом профессиональной трудоспособности устанавливается учреждениями медико-социальной экспертизы⁸.

1.15.7. *Инфицирование Застрахованного лица* — случайное непреднамеренное заражение⁹ Застрахованного лица указанными в договоре страхования гемоконтактными инфекциями (ВИЧ, вирусный гепатит, сифилис, цитомегаловирусная инфекция, малярия и т.д.) при «согласованных обстоятельствах» (п.1.15.7.1 Правил).

Одновременное инфицирование Застрахованного лица несколькими инфекциями, на которые распространяется действие страхования, в целях настоящего страхования считается одним инфицированием.

1.15.7.1. Под «согласованными обстоятельствами» понимаются согласованные между Страхователем и Страховщиком и указанные в договоре страхования обстоятельства, при которых может произойти инфицирование Застрахованного лица и на которые распространяется действие страхования.

В рамках настоящих Правил к "согласованным обстоятельствам" могут относиться (см. также п.2.11.1 Правил):

- проведение Застрахованному лицу в период действия страхования указанной(ых) в договоре страхования медицинской(их) манипуляции(ий) (п.1.15.8 Правил);
- осуществление Застрахованным лицом в период действия страхования профессиональной (медицинской) деятельности, связанной с риском заражения гемоконтактными инфекциями.

1.15.8. Под *медицинскими манипуляциями* применительно к данному виду страхования понимаются профилактические, диагностические, лечебные, хирургические и иные медицинские вмешательства и процедуры (хирургические операции, забор (переливание) крови и/или ее компонентов, инфузии, трансфузии, инъекции, диализ, перфузия, эндоскопические исследования, аспирация, пункция, катетеризация и т.д.), проводимые с участием Застрахованного лица.

1.15.8.1. Под *неправильно проведенными медицинскими манипуляциями* понимаются медицинские манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами (см. п. 1.15.19 Правил) отступления от принятой медицинской наукой и сложившейся практикой техники (технологии, стандартов, правил, норм безопасности) их производства, приведшие к негативным последствиям для здоровья Застрахованного лица.

1.15.9. Под *хирургическим вмешательством (хирургической операцией)* понимается комплекс воздействий на ткани или органы Застрахованного лица, проводимых врачом соответствующей квалификации с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных

⁷ См., в частности, Постановление Минтруда Российской Федерации от 18.07.2001г. № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания»

⁸ См., например, Постановление Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

⁹ *Заражение* - проникновение возбудителя инфекционной болезни в организм человека, приводящее к развитию той или иной формы инфекционного процесса (болезнь, носительство возбудителя инфекции).

способов разъединения, перемещения и соединения тканей (надрез, разрез, прокол, вскрытие, иссечение, удаление и т.п.).

1.15.10. Под *госпитализацией* понимается помещение в стационар круглосуточного медицинского наблюдения Застрахованного лица, нуждающегося в медицинской помощи и лечении (включая хирургическое вмешательство).

В рамках настоящих Правил госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.15.10.1. Под *стационаром круглосуточного медицинского наблюдения* понимается государственная или частная медицинская организация, имеющая все необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства разрешительные документы (лицензии, сертификаты, разрешения и т.д.) на оказание стационарной медицинской помощи в соответствии с возрастом Застрахованного лица (детскому населению и/или подросткам и/или взрослому населению).

1.15.11. Под *телесными повреждениями* понимаются:

- травмы,
- острые отравления¹⁰ (исключая пищевые токсикоинфекции¹¹),
- другие последствия внезапного внешнего воздействия на Застрахованное лицо (исключая внедрение в организм Застрахованного лица патогенных (болезнетворных) микроорганизмов и вирусов, остро возникшие заболевания и их осложнения, обострения хронических заболеваний, спровоцированные воздействием внешних факторов),

приведшие к нарушению анатомической целостности тканей, органов или нормального функционирования тех или иных органов либо систем организма Застрахованного лица.

1.15.12. Под *хроническим заболеванием* понимается длящееся во времени, медленно развивающееся, затяжное заболевание Застрахованного лица (в том числе связанное с хроническим отравлением¹², врожденными аномалией, деформацией, хромосомным нарушением), диагноз которого поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

1.15.12.1. Под *обострением хронического заболевания* понимается ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица, обусловленное хроническим заболеванием Застрахованного лица.

1.15.13. Под *острым заболеванием* понимается такое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица (диагноз которого поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов), которое:

- не связано с телесным повреждением (п.1.15.11 Правил);
- не является обострением хронического заболевания (см. пп.1.15.12, 1.15.12.1 Правил) или следствием заболевания, диагностированного (выявленного) у Застрахованного лица до начала действия страхования.

1.15.14. Под *критическим заболеванием* понимается заболевание (состояние) из числа указанных в «Списке критических заболеваний», прилагаемом к договору страхования, впервые диагностированное у Застрахованного лица в период действия страхования (см. также п.2.11.2 Правил).

Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи и проведении лечения.

Одномоментное диагностирование у Застрахованного лица нескольких критических заболеваний в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием.

1.15.15. Под *активным отдыхом* понимается способ проведения свободного времени, разнообразность хобби, в процессе которого отдыхающий занимается видами деятельности, требующими активной физической работы организма.

В рамках настоящих Правил к *видам активного отдыха*, в частности, относятся: полеты на любых приспособлениях для передвижения по воздуху (дельтапланеризм, парапланеризм, кайтинг, полеты на воздушных шарах и т.д.); прыжки с парашютом; паркур; дайвинг; охота (включая подводную); рыболовство; путешествие (туризм) и экстрим (гонки, трюки и т.д.) на автомобилях, мопедах, мотороллерах, мо-

¹⁰ *Отравление* — болезненное состояние, вызванное попавшим в организм ядовитым веществом.

Острое отравление — такое отравление, которое проявляется вследствие относительно сильного, но однократного воздействия отравляющего агента на организм.

¹¹ *Пищевые токсикоинфекции* — острые инфекционные болезни, возникающие при попадании в организм с пищей различных микроорганизмов и их токсинов: протей, энтерококк, споровых аэроб и анаэроб, гемофильных вибрионов, стафилококк, стрептококк и др.

¹² Хроническое отравление возникает при длительном поступлении вредных веществ (ядов) в организм в относительно небольших количествах. Хронические отравления развиваются в результате накопления массы вредного вещества (яда) в организме (материальная кумуляция) или суммирования (потенцирования) функциональных изменений, вызванных ядом (функциональная кумуляция).

тоциклах, скутерах, квадроциклах, снегоходах, велосипедах (в том числе маунтинбайках) и т.п.; автоориентирование; езда верхом на лошади, конный туризм, путешествие на собачьих и оленьих упряжках; водный туризм (рафтинг, сплав по горным рекам, путешествие на плотах, гидроциклах, моторных, парусных, гребных судах и т.п.); альпинизм, скалолазание, путешествие по пещерам (спелеотуризм) и прочие туристические походы, экспедиции; катание с гор на лыжах, санях, сноубордах; катание на коньках, роликах, скейтбордах, водных лыжах, серфе; лыжные прогулки; игра в пейнтбол, геокешинг; занятия йогой, фитнесом; посещение бассейна; участие в водных и иных экстремальных аттракционах, прочие опасные в плане травматизма виды отдыха.

1.15.16. Под *"спортивными травмами"* понимаются травмы, внезапно полученные Застрахованным лицом во время занятий спортом, хореографией, цирковым искусством или активного отдыха (п.1.15.15 Правил).

1.15.17. Под *страховым событием* понимается наступившее событие, которое в дальнейшем может быть расценено как страховой случай (признано страховым случаем после проведенного расследования, анализа информации о страховом событии) или впоследствии может привести к наступлению страхового случая, в том числе событие, послужившее причиной страхового случая.

1.15.17.1. Под *информацией о страховом событии* понимаются сведения, информация о виде и характере события (явления), о дате, времени, месте (территории), иных обстоятельствах его наступления (действия), о возможных или установленных причинах наступления события, о характере и тяжести вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного лица, о вовлеченных в событие (причастных к нему) лицах - участниках, очевидцах (свидетелях), возможных или установленных виновниках или ответственных лицах, и иные сведения, позволяющие Страховщику *принять решение в отношении страховой выплаты* (то есть установить (признать) факт наступления страхового случая и исчислить размер страхового возмещения либо не признать факт наступления страхового случая и отказать в страховой выплате).

1.15.18. Под *страховой выплатой (страховым возмещением)* понимается денежная сумма, оговоренная договором страхования (определяемая согласно его условиям) и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая надлежащему(им) лицу(ам) - получателю(ям) страхового возмещения.

Получателями страхового возмещения признаются лицо(а), в пользу которого(ых) заключен договор страхования (Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель(и)), а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, — их правопреемники или представители (см. пп. 1.9, 6.8, 6.9 Правил).

1.15.19. Под *компетентными органами* понимаются органы, организации или лица, законодательно уполномоченные в соответствии со своей компетенцией давать заключения в отношении факта и/или причин, обстоятельств, характера произошедшего события, виновных лиц (лиц, ответственных за причинение вреда), характера и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека вследствие произошедшего события, состояния здоровья человека (имеющихся у него заболеваний, травм, иных расстройств функции организма, степени ограничения жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности и т.п.), причин смерти человека и т.д.

1.16. При заключении договора страхования (согласовании его условий) Стороны могут (исходя из возможностей, предусмотренных в п.3 ст.943 ГК РФ) договориться об уточнении, изменении или неприменении отдельных положений Правил и/или о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в Правилах, если это не противоречит законодательству Российской Федерации. Результаты указанной договоренности фиксируются в договоре страхования, и согласованные таким образом индивидуальные условия страхования имеют преимущественную силу по отношению к соответствующим положениям Правил. В частности, Страховщик вправе на основе Правил формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе Правил, — в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации; при этом данные условия (далее – *Условия страхования* или *Программа страхования*) включаются в текст «Договора» (Полиса) или прилагаются к нему, являясь его неотъемлемой частью (см. также пп. 5.3 - 5.3.2 Правил).

1.17. Договор страхования считается заключенным на условиях Правил, если в нем прямо указано на применение Правил и факт их получения Страхователем удостоверен в договоре страхования подписью Страхователя или лица, надлежаще им уполномоченного; при этом содержащиеся в Правилах положения становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Сторон — в той части, в которой письменным соглашением Сторон не предусмотрено иное (п.1.16 Правил).

1.18. В части, не нашедшей отражения в настоящих Правилах, Стороны договора страхования руководствуются нормами действующего законодательства, регулирующими подпадающие под вышеописанное страхование правоотношения, а также не противоречащими им положениями договора страхования.

При изменении (уточнении, коррекции, дополнительной регламентации) положений действующе-

го законодательства в части регулирования правоотношений, подпадающих под вышеописанное страхование, Страховщик вправе учесть соответствующие изменения правовых норм на этапе заключения договоров страхования или путем внесения необходимых изменений в уже действующие договоры страхования.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

2.1. Под *страховой защитой (действием страхования)* понимается действие обязательств Страховщика в отношении страховой выплаты при наступлении страхового случая в оговоренный договором страхования период (см. пп.5.7.3 — 5.7.4 Правил).

2.2. Под *страховым покрытием* понимается совокупность всех вероятных (случайных) событий, при наступлении любого из которых у Страховщика возникает *обязанность* произвести страховую выплату на условиях, в порядке и в объеме возмещения, предусмотренных договором страхования (наступает *страховая ответственность* или *ответственность Страховщика*).

Под *объемом страхового покрытия (страховой ответственности, ответственности Страховщика, страховой защиты)* по договору страхования понимаются условия страхования и прочие факторы, определяющие в совокупности объем обязательств Страховщика по договору страхования.

Объем страхового покрытия определяют в совокупности: понятие страхового случая (включая застрахованные риски), перечень исключений из страхового покрытия, страховые суммы, срок (период действия) страхования (страховой защиты), состав и размер страховых выплат, прочие условия страхования и другие факторы, влияющие на объем обязательств Страховщика.

2.2.1. Под *страховым риском* (сокращенно - *риск*) понимается предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Под *страховыми рисками* также могут пониматься опасности, от которых (на случай наступления которых) проводится страхование (причины наступления страхового случая).

2.2.2. Под *застрахованными (покрываемыми) рисками* понимаются страховые риски из числа предусмотренных Правилами (см. пп.2.4.1 – 2.4.8 Правил), вошедшие в согласованный Сторонами объем страхового покрытия.

2.2.3. Под *незастрахованными рисками* понимаются риски, на которые объем страхового покрытия не распространяется.

Под *исключениями из страхового покрытия* по настоящим Правилам понимаются перечень исключений из страховых случаев, незастрахованные риски и иные изъятия из объема обязательств Страховщика, предусмотренные Правилами (договором страхования).

2.2.4. Под *степенью страхового риска* понимается вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления (размер возможного страхового возмещения).

2.3. Под *страховым случаем* понимается совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату надлежащему(им) лицу(ам) в установленном договором страхования порядке и объеме¹³.

Событие не может быть признано страховым случаем, если Страховщику или Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) до заключения договора страхования было известно о наличии обстоятельств, исключающих вероятный (случайный) характер данного события.

2.4. **Страховыми случаями** в соответствии с настоящими Правилами могут быть следующие **страховые события, произошедшие с Застрахованным лицом в период действия страхования (страховой защиты, см. пп.5.7.3 — 5.7.3.3 Правил) с учетом положений пп. 2.11, 2.12 Правил:**

2.4.1. По группе рисков «Временное расстройство здоровья» (сокращенно — группа рисков «ВРЗ»):

а) Временное расстройство здоровья (п.1.15.4 Правил) Застрахованного лица вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.1 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ от НС»**);

б) Временное расстройство здоровья (п.1.15.4 Правил) Застрахованного лица вследствие естественных причин (см. пп. 2.7, 2.7.1, 2.12.1 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ от ЕП»**);

в) Временное расстройство здоровья (п.1.15.4 Правил) Застрахованного лица вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.1 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ от НС/ЕП»**);

¹³ Иначе говоря, *страховой случай* — это страховой риск (п.2.2.1 Правил), реализованный (осуществившийся) в оговоренный договором страхования период (см. пп.5.7.3 — 5.7.4 Правил).

г) Временное расстройство здоровья (п.1.15.4 Правил) Застрахованного лица вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.1 Правил), повлекшее за собой госпитализацию Застрахованного лица (п.1.15.10 Правил)¹⁴ (сокращенно — **риск «ВРЗ от НС/ЕП с госпитализацией»**).

2.4.2. По группе рисков «Утрата профессиональной трудоспособности» (сокращенно — группа рисков «УПТ»):

а) Утрата профессиональной трудоспособности (см. пп.1.15.6, 2.10 Правил) Застрахованным лицом вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.2 Правил) (сокращенно — **риск «УПТ от НС»**);

б) Утрата профессиональной трудоспособности (см. пп.1.15.6, 2.10 Правил) Застрахованным лицом вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.2 Правил) (сокращенно — **риск «УПТ от НС/ЕП»**).

2.4.3. По группе рисков «Инвалидность» (сокращенно — группа рисков «ИНВ»):

а) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) Застрахованного лица вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.3 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ от НС»**);

б) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) Застрахованного лица вследствие естественных причин (см. пп. 2.7, 2.7.1, 2.12.3 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ от ЕП»**);

в) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) Застрахованного лица вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.3 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ от НС/ЕП»**).

2.4.4. По группе рисков «Смерть» (сокращенно — группа рисков «СМ»):

а) Смерть Застрахованного лица вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «СМ от НС»**);

б) Смерть Застрахованного лица вследствие естественных причин (см. пп. 2.7, 2.7.1, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «СМ от ЕП»**);

в) Смерть Застрахованного лица вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «СМ от НС/ЕП»**);

г) Смерть Застрахованного лица вследствие осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) (см. пп. 2.8, 2.12.5 Правил) (сокращенно — **риск «СМ от ОС_{БР}»**);

д) Смерть Застрахованного лица вследствие осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции (см. пп. 2.9, 2.12.6 Правил) (сокращенно — **риск «СМ от ОС_{ПММ}»**).

2.4.5. По группе рисков «Инвалидность или смерть» (сокращенно — группа рисков «ИНВ+СМ»):

а) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ+СМ от НС»**);

б) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие естественных причин (см. пп. 2.7, 2.7.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ+СМ от ЕП»**);

в) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие несчастного случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ+СМ от НС/ЕП»**);

г) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) (см. пп. 2.8, 2.12.5 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ+СМ от ОС_{БР}»**);

д) Инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции (см. пп. 2.9, 2.12.6 Правил) (сокращенно — **риск «ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}»**).

2.4.6. По группе рисков «Временное расстройство здоровья, инвалидность или смерть» (сокращенно — группа рисков «ВРЗ+ИНВ+СМ»):

а) Временное расстройство здоровья (см. п.1.15.4 Правил), инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие несчастного случая (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.12.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС»**);

б) Временное расстройство здоровья (см. п.1.15.4 Правил), инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие естественных причин (см. пп. 2.7, 2.7.1, 2.12.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ+ИНВ+СМ от ЕП»**);

¹⁴ т.е. страхованием покрывается только стационарное лечение Застрахованного лица (амбулаторное лечение не покрывается).

в) Временное расстройство здоровья (см. п.1.15.4 Правил), инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие несчастливого случая или естественных причин (см. пп. 2.6, 2.6.1, 2.7, 2.7.1, 2.12.1, 2.12.3, 2.12.4 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП»**);

г) Временное расстройство здоровья (см. п.1.15.4 Правил), инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) (см. пп. 2.8, 2.12.5 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{БР}»**);

д) Временное расстройство здоровья (см. п.1.15.4 Правил), инвалидность (см. п.1.15.5 Правил) или смерть Застрахованного лица вследствие осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции (см. пп. 2.9, 2.12.6 Правил) (сокращенно — **риск «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}»**).

2.4.7. По риску «Инфицирование» (сокращенно — **риск «ИНФ»**) — инфицирование Застрахованного лица при «согласованных обстоятельствах» (см. пп. 1.15.7, 1.15.7.1, 2.11.1 Правил) указанными в договоре страхования гемоконтактными инфекциями.

2.4.8. По риску «Критические заболевания» (сокращенно — **риск «КРЗ»**) — первичное диагностирование у Застрахованного лица критического заболевания, указанного в прилагаемом к договору страхования «Списке критических заболеваний» (см. пп.1.15.14, 2.11.2 Правил).

2.5. В рамках настоящих Правил договор страхования может быть заключен как в отношении любого риска из числа перечисленных в пп.2.4.1 – 2.4.8 Правил, так и в отношении любой комбинации рисков с учетом положений п.2.5.1 Правил.

2.5.1. В рамках настоящих Правил не допускается одновременное страхование рисков, входящих в одну и ту же категорию:

- категория 1: риски, указанные в пунктах 2.4.1 «а», 2.4.1 «в», 2.4.1 «г», 2.4.6 «а», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 2: риски, указанные в пунктах 2.4.1 «б», 2.4.1 «в», 2.4.1 «г», 2.4.6 «б», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 3: риски, указанные в пунктах 2.4.3 «а», 2.4.3 «в», 2.4.5 «а», 2.4.5 «в», 2.4.6 «а», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 4: риски, указанные в пунктах 2.4.3 «б», 2.4.3 «в», 2.4.5 «б», 2.4.5 «в», 2.4.6 «б», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 5: риски, указанные в пунктах 2.4.4 «а», 2.4.4 «в», 2.4.5 «а», 2.4.5 «в», 2.4.6 «а», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 6: риски, указанные в пунктах 2.4.4 «б», 2.4.4 «в», 2.4.5 «б», 2.4.5 «в», 2.4.6 «б», 2.4.6 «в» Правил;
- категория 7: риски, указанные в пунктах 2.4.2 «а» и 2.4.2 «б» Правил;
- категория 8: риски, указанные в пунктах 2.4.4 «г», 2.4.5 «г», 2.4.6 «г» Правил;
- категория 9: риски, указанные в пунктах 2.4.4 «д», 2.4.5 «д», 2.4.6 «д» Правил.

2.6. Под несчастливым случаем (сокращенно — **НС**) понимается фактически произошедшее в период действия страхования (страховой защиты - см. пп.5.7.3 — 5.7.3.3 Правил) внезапное, непреднамеренное, непредвиденное для Застрахованного лица неблагоприятное событие (очевидное внешнее воздействие), приведшее к телесному повреждению Застрахованного лица (см. п.1.15.11 Правил), его заболеванию или смерти, наступившим вследствие полученного телесного повреждения.

Страховое покрытие при страховании от несчастного случая не может включать в себя заболевания и/или смерть Застрахованного лица, не вызванные вышеописанным неблагоприятным событием или его последствиями.

Неблагоприятными событиями, приведшими к несчастному случаю, — причинами несчастного случая — в частности, могут выступать (с учетом положений пп.2.6.1, 2.15 — 2.17 Правил):

- стихийные бедствия (землетрясение, вулканическое извержение, снежная лавина, оползень, обвал (камнепад), наводнение, цунами, ураган, тайфун, вихрь, смерч, буря, град и т.д.) и другие чрезвычайные обстоятельства;
- взрывы, аварии, разрушения зданий, сооружений и конструкций;
- поражение электрическим током, молнией, излучением;
- воздействие звука чрезмерной силы или продолжительности;
- термические и химические ожоги, обморожение, переохлаждение, тепловой и солнечный удары;
- наезд транспортных средств или иных движущихся механизмов на Застрахованное лицо, крушение транспортных средств, выпадение Застрахованного лица из движущегося транспортного средства;
- падение предметов на Застрахованное лицо и падение самого Застрахованного лица;

- получение Застрахованным лицом травм при использовании им или другим лицом всякого рода оружия, боеприпасов, инструментов, технических устройств и т.д.;
- случайное попадание в дыхательные пути Застрахованного лица инородного тела, удушение Застрахованного лица;
- утопление Застрахованного лица;
- противоправные действия других лиц (нападение, изнасилование, нанесение телесных повреждений и т.д.);
- укусы и другие телесные повреждения, нанесенные животными и иными представителями фауны (исключая заражение Застрахованного лица зооантропонозами или зоонозами¹⁵);
- получение Застрахованным лицом травм (производственных, бытовых, уличных, спортивных и т.д.) при иных обстоятельствах;
- случайные острые отравления Застрахованного лица: лекарственными препаратами; химическими веществами (ядохимикатами, кислотами, щелочами и т.д.); ядовитыми газами, дымами и парами; ядовитыми грибами, ягодами и другими растениями; ядами животных, насекомых, пресмыкающихся и иных представителей фауны; пищевыми продуктами, содержащими токсичные вещества (исключая пищевые токсикоинфекции¹⁶);
- аллергическая реакция немедленного типа на контакт с аллергеном (анафилактический шок).

2.6.1. При страховании от несчастных случаев действие страхования по договору страхования может быть распространено:

- как на все не исключенные Правилами (договором страхования) несчастные случаи, так и на отдельные указанные в договоре страхования несчастные случаи;
- как на все не исключенные Правилами (договором страхования) телесные повреждения, так и на отдельные (конкретные) телесные повреждения, указанные в договоре страхования.

2.7. Под **естественными причинами** (сокращенно - **ЕП**) в рамках настоящих Правил понимаются (с учетом положений пп.2.7.1, 2.15 — 2.17 Правил):

а) при страховании на случай временного расстройства здоровья (ВРЗ) Застрахованного лица: *острые заболевания* (п.1.15.13 Правил) *и/или их осложнения*, развившиеся (выявленные, диагностированные) у Застрахованного лица в период действия страхования и послужившие основанием для проведения (в связи с временным расстройством здоровья Застрахованного лица - п.1.15.4 Правил) амбулаторного курса лечения длительностью не менее 8 дней либо стационарного (стационарного и амбулаторного) курса лечения;

б) при страховании на случай инвалидности (ИНВ) Застрахованного лица:

— *острые заболевания* (п.1.15.13 Правил), развившиеся (выявленные, диагностированные) у Застрахованного лица в период действия страхования, *и/или их осложнения* (см. п.2.12.3 Правил), послужившие причиной к установлению Застрахованному лицу инвалидности (см. п.1.15.5 Правил);

— если иное не предусмотрено договором страхования:

- *обострения хронических заболеваний* (пп.1.15.12, 1.15.12.1 Правил),
- *заболевания, диагностированные (выявленные) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или их осложнения,*
приведшие к установлению Застрахованному лицу в период действия страхования инвалидности (см. также п.2.7.2 Правил);

в) при страховании на случай смерти (СМ) Застрахованного лица:

— *острые заболевания* (п.1.15.13 Правил), развившиеся (выявленные, диагностированные) у Застрахованного лица в период действия страхования, *и/или их осложнения* (см. п.2.12.4 Правил), послужившие причиной смерти Застрахованного лица;

— если иное не предусмотрено договором страхования:

- *обострения хронических заболеваний* (пп.1.15.12, 1.15.12.1 Правил),
- *заболевания, диагностированные (выявленные) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или их осложнения,*
приведшие к смерти Застрахованного лица в период действия страхования (см. также п.2.7.2 Правил);

г) при страховании на случай утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) Застрахованным лицом:

¹⁵ Болезни (инфекционные, инвазионные, паразитарные), передаваемые от животных (насекомых и т.д.) человеку (чума, туляремия, клещевой энцефалит, бешенство, сибирская язва, бруцеллёз, лептоспироз, трипаносомоз и др.). Данные болезни могут покрываться рисками, включающими естественные причины.

¹⁶ Пищевые токсикоинфекции могут покрываться рисками, включающими естественные причины.

— *острые заболевания* (п.1.15.13 Правил), развившиеся (выявленные, диагностированные) у Застрахованного лица в период действия страхования, и/или *их осложнения* (см. п.2.12.2 Правил), послужившие причиной утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности (см. пп.1.15.6, 2.10 Правил);

— если иное не предусмотрено договором страхования:

- *обострения хронических заболеваний* (пп.1.15.12, 1.15.12.1 Правил),
- *заболевания, диагностированные (выявленные) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или их осложнения,*
приведшие к утрате Застрахованным лицом в период действия страхования профессиональной трудоспособности (см. также п.2.7.2 Правил).

2.7.1. При страховании от естественных причин действие страхования по договору страхования может быть распространено как на любые не исключенные Правилами заболевания из числа указанных в п.2.7 Правил, так и на отдельные (конкретные) указанные в договоре страхования заболевания из числа указанных в п.2.7 Правил.

2.7.2. В случае, если страхование от естественных причин распространяется на любые не исключенные настоящими Правилами *заболевания* из числа указанных в п.2.7 Правил, то **страхование по рискам:**

— «ИНВ от НС/ЕП» (п.2.4.3 «в» Правил) может также именоваться (в рамках Правил и заключенных на их основе договоров страхования) **«страхованием на случай инвалидности по любой причине»;**

— «СМ от НС/ЕП» (п.2.4.4 «в» Правил) может также именоваться (в рамках Правил и заключенных на их основе договоров страхования) **«страхованием на случай смерти по любой причине»;**

— «ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.5 «в» Правил) может также именоваться (в рамках Правил и заключенных на их основе договоров страхования) **«страхованием на случай инвалидности или смерти по любой причине»;**

— «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.6 «в» Правил) может также именоваться (в рамках Правил и заключенных на их основе договоров страхования) **«страхованием на случай инвалидности или смерти по любой причине, а также на случай временного расстройства здоровья»;**

— «УПТ от НС/ЕП» (п.2.4.2 «б» Правил) может также именоваться (в рамках Правил и заключенных на их основе договоров страхования) **«страхованием на случай утраты профессиональной трудоспособности по любой причине».**

2.8. Под *осложнением течения беременности и/или родов (родоразрешения)* в рамках настоящих Правил понимается нарушение здоровья (заболевание, состояние, травма) Застрахованного лица — женщины, напрямую связанное с протеканием у нее беременности и/или родов в период действия страхования, в том числе вследствие (в ходе) проведения в период действия страхования в связи с беременностью и/или родами (родоразрешением) медицинских манипуляций (пп.1.15.8, 1.15.8.1 Правил) и медицинского лечения (включая неправильно проведенные медицинские манипуляции, неправильное медицинское лечение и иные упущения).

2.9. Под *осложнением, возникшим в связи с проведением плановой медицинской манипуляции*, в рамках настоящих Правил понимается нарушение здоровья (заболевание, состояние, травма) Застрахованного лица, возникшее (развившееся) вследствие (в ходе) проведения ему в период действия страхования оговоренной в договоре страхования плановой медицинской манипуляции (п.1.15.8 Правил), в том числе вследствие неправильного проведения данной медицинской манипуляции (п.1.15.8.1 Правил), реанимационных мероприятий и медицинского лечения в целях стабилизации состояния здоровья Застрахованного лица после проведенной медицинской манипуляции.

2.10. В рамках настоящих Правил **утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности признается страховым случаем** только при условии, что она установлена Застрахованному лицу в соответствии с действующим законодательством на срок не менее 1 года.

2.11. В рамках настоящих Правил **страховыми случаями признаются:**

2.11.1. При заключении договора страхования по риску «Инфицирование» («ИНФ») (п. 2.4.7 Правил) — инфицирование Застрахованного лица указанными в договоре страхования гемоконтактными инфекциями, если оно произошло при «согласованных обстоятельствах» (п.1.15.7.1 Правил) в период действия страхования, и факт инфицирования Застрахованного лица был выявлен в период действия страхования или позже, но до истечения 12-ти месяцев по окончании периода действия страхования; при этом:

— **инфицирование Застрахованного лица во время проведения ему медицинских манипуляций** признается страховым случаем только при условии, что медицинская организация, в которой были произведены медицинские манипуляции, (или частнопрактикующий врач и т.п., производивший медицинские манипуляции) признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица, либо данный факт установлен вступившим в законную силу актом (решением) судебного органа;

— **инфицирование Застрахованного лица при выполнении им профессиональных обязанностей** признается страховым случаем только при условии, что оно произошло в результате имевшей место в период действия страхования *«аварийной ситуации»* — случайного (непреднамеренного) неблагоприятного события в виде опасного контакта Застрахованного лица с инфицированным материалом (случайный укол Застрахованного лица контаминированной инфекцией иглой, получение Застрахованным лицом других травм инфицированным инструментом, случайное попадание зараженной крови или другой биологической жидкости на слизистые оболочки глаз, носа, полости рта или поврежденную кожу Застрахованного лица и т.п.), при условии, что данное событие оформлено (документально зафиксировано) надлежащим образом (медицинской организацией составлен акт о несчастном случае на производстве, произведена регистрация в журнале учета (регистрации) несчастных случаев (аварийных ситуаций) на производстве, сообщено в территориальное отделение федерального органа, исполняющего функции государственного надзора (контроля) в области предупреждения распространения (профилактики) инфекционных заболеваний¹⁷ и т.п. (см. также п. 6.1.2 Правил)).

При заключении договора страхования по риску «Инфицирование» («ИНФ») должен быть документально подтвержден факт отсутствия заражения Застрахованного лица на дату заключения договора страхования инфекциями, на которые распространяется действие страхования.

2.11.2. При заключении договора страхования по риску «Критические заболевания» («КРЗ») (п. 2.4.8 Правил) — критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в период действия страхования, но не ранее истечения 90 дней с даты начала действия страхования (за исключением случая непрерывного страхования Застрахованного лица в АО «СК «Астро-Волга» от критических заболеваний в течение более одного года), и при условии, что Застрахованное лицо прожило в течение указанного в «Списке критических заболеваний» срока, соответствующего диагностированному критическому заболеванию, начиная с даты установления диагноза (*период выживания*); при этом дата окончания *периода выживания* может быть более поздней, чем дата окончания периода действия страхования.

При заключении договора страхования по риску «КРЗ» должен быть документально подтвержден факт отсутствия у Застрахованного лица на дату заключения договора страхования критических заболеваний, на которые распространяется действие страхования, а также иных заболеваний, указанных в п.5.5 «в» Правил.

2.12. В рамках настоящих Правил по окончании действия страхования страховыми случаями признаются:

2.12.1. При страховании по рискам «ВРЗ от НС» (п.2.4.1 «а» Правил), «ВРЗ от ЕП» (п.2.4.1 «б» Правил), «ВРЗ от НС/ЕП» (п.2.4.1 «в» Правил), «ВРЗ от НС/ЕП с госпитализацией» (п.2.4.1 «г» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.6 «а» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ЕП» (п.2.4.6 «б» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.6 «в» Правил) — временное расстройство здоровья Застрахованного лица, явившееся следствием произошедшего (развившегося) в период действия страхования (страховой защиты) *несчастного случая* или *острого заболевания* (с учетом состава застрахованного риска), если оно наступило в течение 30 дней со дня наступления несчастного случая или первичного обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) с острым заболеванием соответственно;

2.12.2. При страховании по рискам «УПТ от НС» (п.2.4.2 «а» Правил), «УПТ от НС/ЕП» (п.2.4.2 «б» Правил) — утрата профессиональной трудоспособности Застрахованным лицом, явившаяся следствием произошедшего (развившегося) в период действия страхования (страховой защиты) *несчастного случая* или *острого заболевания* (с учетом состава застрахованного риска), если она наступила в течение одного года со дня наступления несчастного случая или первичного обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) с острым заболеванием соответственно;

2.12.3. При страховании по рискам «ИНВ от НС» (п.2.4.3 «а» Правил), «ИНВ от ЕП» (п.2.4.3 «б» Правил), «ИНВ от НС/ЕП» (п.2.4.3 «в» Правил), «ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.5 «а» Правил), «ИНВ+СМ от ЕП» (п.2.4.5 «б» Правил), «ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.5 «в» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.6 «а» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ЕП» (п.2.4.6 «б» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.6 «в» Правил) — инвалидность Застрахованного лица, явившаяся следствием произошедшего (развившегося) в период действия страхования (страховой защиты) *несчастного случая* или *острого заболевания* (с учетом состава застрахованного риска), если она наступила в течение одного года со дня

¹⁷ территориальные органы, осуществляющие функции государственного санитарно-эпидемиологического надзора (контроля) по месту выявления заболевания и/или медицинские организации (центры, учреждения и т.п.) по профилактике и борьбе со СПИДом (инфекционными заболеваниями) в субъектах Российской Федерации и т.п. - в соответствии с принятым порядком извещения указанных органов (организаций) применительно к характеру и последствиям произошедших несчастных случаев (аварийных ситуаций)

наступления несчастного случая или первичного обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) с острым заболеванием соответственно;

2.12.4. При страховании по рискам «СМ от НС» (п.2.4.4 «а» Правил), «СМ от ЕП» (п.2.4.4 «б» Правил), «СМ от НС/ЕП» (п.2.4.4 «в» Правил), «ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.5 «а» Правил), «ИНВ+СМ от ЕП» (п.2.4.5 «б» Правил), «ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.5 «в» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.6 «а» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ЕП» (п.2.4.6 «б» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП» (п.2.4.6 «в» Правил) — **смерть Застрахованного лица**, явившаяся следствием произошедшего (развившегося) в период действия страхования (страховой защиты) *несчастного случая* или *острого заболевания* (с учетом состава застрахованного риска), если она наступила в течение одного года со дня наступления несчастного случая или первичного обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) с острым заболеванием соответственно;

2.12.5. При страховании по рискам «СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.4 «г» Правил), «ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.5 «г» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.6 «г» Правил) — **инвалидность или смерть** (с учетом застрахованного риска) **Застрахованного лица**, явившиеся следствием осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) в период действия страхования, если они наступили до истечения времени, равного сроку страхования (но не менее 3-х месяцев и не более 12-ти месяцев), с даты окончания действия страхования, и дата завершения беременности (родами, самопроизвольным абортom или абортom по медицинским показаниям) входит в период действия страхования;

2.12.6. При страховании по рискам «СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.4 «д» Правил), «ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.5 «д» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.6 «д» Правил): **инвалидность или смерть** (с учетом застрахованного риска) **Застрахованного лица**, явившиеся следствием осложнений, возникших в связи с проведением в период действия страхования плановой медицинской манипуляции, предусмотренной договором страхования, если они наступили до истечения времени, равного сроку страхования (но не менее 3-х месяцев и не более 12-ти месяцев), с даты окончания действия страхования.

2.13. При страховании от несчастных случаев страховое покрытие может распространяться (по соглашению Сторон):

а) на несчастные случаи, которые могут произойти с Застрахованным лицом как на производстве или в детском (образовательном) учреждении, так и в быту (страхование действует 24 часа в сутки), исключая или включая (в зависимости от согласованного объема страхового покрытия) "спортивные травмы" (п.1.15.16 Правил);

б) только на несчастные случаи, произошедшие:

— с Застрахованным лицом на производстве¹⁸ (на территории организации и/или иной указанной в договоре страхования территории исполнения трудовых (служебных, должностных) обязанностей) — исходя из понятия несчастного случая на производстве в соответствии с Трудовым Кодексом Российской Федерации (при необходимости, в договоре страхования Стороны вправе согласовать покрытие шире (уже) предусмотренного Трудовым Кодексом Российской Федерации);

— во время пребывания Застрахованного лица в учреждении (детском, образовательном и т.д.) некруглосуточного типа¹⁹, включая, при необходимости (в зависимости от согласованного объема страхового покрытия), "спортивные травмы" (п.1.15.16 Правил), время организованного следования от пункта(ов) сбора до места нахождения учреждения и обратно, прогулки (поездки, культурные мероприятия, спортивные соревнования) в пределах населенного пункта, в котором находится учреждение, совершаемые в присутствии представителя учреждения (воспитателя, педагога и т.п.), и т.д.;

— во время проведения мероприятий (действия обстоятельств), оговоренных в договоре страхования, включая, при необходимости (в зависимости от согласованного объема страхового покрытия), "спортивные травмы" (п.1.15.16 Правил), и т.д.

2.14. Стороны вправе согласовать в договоре страхования территорию, на которую распространяется действие страхования (*территорию страхования*).

Территория страхования может включать территорию всего мира или территорию Российской Федерации или территорию конкретного учреждения (заведения, организации) или иную оговоренную в договоре страхования территорию.

Если договором страхования прямо не оговорена территория страхования, территорией страхования признается территория Российской Федерации.

2.15. По настоящим Правилам не являются страховыми случаями:

2.15.1. События, которые произошли вследствие:

¹⁸ при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей или выполнении какой-либо работы по поручению работодателя (его представителя), а также при осуществлении иных правомерных действий, обусловленных трудовыми отношениями с работодателем либо совершаемых в его интересах

¹⁹ детский сад, детская комната, школа, гимназия, колледж, техникум, ВУЗ, секция, кружок, центр, дворец, станция юных натуралистов, детский лагерь с дневным посещением, дневной стационар и т.д.

а) совершения или попытки совершения любых умышленных действий, направленных на наступление страхового случая, Застрахованным лицом (его законным представителем), Страхователем или Выгодоприобретателем, а также любым лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Выгодоприобретателем страховой выплаты;

б) самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица²⁰ - за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было принуждено к этому уголовно наказуемыми противоправными действиями третьих лиц;

в) умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений (включая пирсинг²¹);

г) совершения Застрахованным лицом хулиганских или иных противоправных действий, в которых компетентными органами (судом, органами дознания и следствия) установлены признаки состава умышленного преступления;

д) управления Застрахованным лицом транспортным средством (иной моторной машиной, моторным аппаратом) при отсутствии специального разрешения на право управления (когда наличие такого специального разрешения обязательно, за исключением случаев управления под руководством инструктора в процессе обучения с целью получения специального разрешения на право управления) и/или соответствующего разрешения правомочного законного владельца транспортного средства (моторной машины, моторного аппарата), или передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством (иной моторной машиной, моторным аппаратом) лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или лицу, не имеющему специального разрешения на право управления (с учетом вышеописанной ситуации);

е) недопустимых для данного Застрахованного лица физических нагрузок при занятии им спортом, хореографией, цирковым искусством, участии в туристических походах, сплавах по рекам и т.п., если Застрахованное лицо знало или должно было знать о противопоказанности таких нагрузок в связи с имеющимися у него заболеваниями (травмами, состояниями);

ж) нарушения Застрахованным лицом больничного режима (в частности, неисполнения (полностью или частично) рекомендаций (назначений) врача, употребления в процессе лечения алкоголя, наркотиков, нарушения порядка и режима лечения в лечебно-профилактическом учреждении, самовольного ухода из стационара, прерывания лечения, отказа от лечения и т.д.);

з) добровольного алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица, употребления Застрахованным лицом психотропных наркотических и стимулирующих препаратов без назначения врача, а также состояния Застрахованного лица, возникшего на фоне (или вследствие) абстинентного синдрома (синдрома отмены) и/или в течение 3-х суток после прекращения употребления спиртных напитков, наркотических, токсических веществ, если факт их длительного употребления будет достоверно установлен (см. также п.2.15.4 «б» Правил);

и) при страховании от несчастных случаев (НС) — если иное не предусмотрено договором страхования — психических или тяжелых нервных расстройств; эпилептических припадков; заболеваний, сопровождающихся парезами и/или параличами скелетной мускулатуры (инсульта, энцефалита и т.д.); тяжелых форм заболевания сердечно-сосудистой системы (в том числе гипертонической болезни); сахарного диабета; онкологических заболеваний; заболевания ВИЧ-инфекцией (СПИДом), если Застрахованное лицо страдало ими до заключения договора страхования;

к) беременности, родов (родоразрешения), аборт, за исключением:

— рисков «СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.4 «г» Правил), «ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.5 «г» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.6 «г» Правил); при этом не относятся к страховым случаям события, произошедшие вследствие искусственного аборта без медицинских показаний;

— рисков «СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.4 «д» Правил), «ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.5 «д» Правил), «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.6 «д» Правил), если плановая медицинская манипуляция, в отношении которой действует страхование, связана с беременностью Застрахованного лица;

— при страховании от несчастных случаев (НС): преждевременного прерывания беременности (в виде самопроизвольного аборта или искусственного аборта по медицинским показаниям) вследствие несчастного случая (если иное не предусмотрено договором страхования - см. п. 2.6.1 Правил);

— при страховании от естественных причин (ЕП): случаев, связанных с внематочной (эктопической) беременностью с нежизнеспособным плодом, пузырным заносом и другими аномальными продуктами зачатия (если иное не предусмотрено договором страхования - см. п. 2.7.1 Правил);

²⁰ В соответствии с п.3 ст.963 ГК РФ: «Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, которая по договору личного страхования подлежит выплате в случае смерти застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет».

В соответствии с п.2.6 Правил к несчастным случаям могут быть отнесены только такие неблагоприятные события, которые являются внезапными, непреднамеренными и непредвиденными для Застрахованного лица. Таким образом, самоубийства и попытки самоубийства не могут рассматриваться в качестве несчастных случаев.

²¹ одна из форм модификаций тела человека, создание прокола, в котором носят украшения

2.15.2. События, произошедшие с Застрахованным лицом при нахождении его в пенитенциарном учреждении в качестве заключенного (подследственного или осужденного)²²;

2.15.3. События, произошедшие вне территории страхования (п.2.14 Правил), установленной договором страхования, за исключением ситуаций, когда Застрахованное лицо было вывезено (выведено) с территории страхования в результате противоправных уголовно наказуемых действий других лиц, отличных от Страхователя и Выгодоприобретателя;

2.15.4. При страховании от несчастных случаев (НС):

а) получение Застрахованным лицом травм во время занятий спортом, хореографией, цирковым искусством или активного отдыха ("спортивных травм"), если это прямо не оговорено в договоре страхования;

б) отравление Застрахованного лица какими-либо веществами, принятыми для достижения опьянения (спиртосодержащими техническими жидкостями, растворителями, кислотами, щелочами, галлюциногенными или психотропными веществами и т.д.), за исключением случаев отравления некачественными алкогольными напитками (включая пиво)²³, приобретенными (употребленными) в заведениях торговли, общественного питания, развлечения и отдыха и т.п., при условии, что алкогольный напиток соответствующим компетентным органом будет признан некачественным (отравление качественным алкогольным напитком вследствие употребления его в большой дозе не покрывается страхованием);

в) приведшие к временному расстройству здоровья Застрахованного лица:

- ожоги в результате добровольного пребывания на солнце;
- ушибы (исключая ушибы спинного, головного мозга, внутренних органов); поверхностные раны без наложения швов; вывихи нижней челюсти, конечностей; дисторсии (надрывы или разрывы связок и сумок суставов позвонков без смещения); повреждение или растяжение связок; повреждение мениска, — полученные Застрахованным лицом в период действия страхования более одного раза;

2.15.5. При страховании от естественных причин (ЕП):

а) заболевание Застрахованного лица алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, заболеваниями алкогольной или наркотической этиологии, ожирением, болезнями зубов и парадонта, педикулезом и фтириозом;

б) заражение Застрахованного лица любыми инфекциями при введении наркотических средств и/или психотропных веществ для достижения опьянения;

в) если иное не предусмотрено договором страхования, временное расстройство здоровья, инвалидность или смерть Застрахованного лица в связи с проведением ему косметических и пластических операций; операций по перемене пола, по стерилизации или лечению бесплодия, импотенции; медицинских манипуляций экспериментального или исследовательского характера, проведенных с согласия Застрахованного лица;

г) если иное не предусмотрено договором страхования, временное расстройство здоровья, инвалидность или смерть Застрахованного лица в связи с ВИЧ-инфекцией (СПИДом), если Застрахованное лицо было заражено ВИЧ-инфекцией до начала действия страхования;

2.15.6. При страховании на случай осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции (пп.2.4.4 «д», 2.4.5 «д», 2.4.6 «д» Правил), или на случай осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) (пп.2.4.4 «г», 2.4.5 «г», 2.4.6 «г» Правил):

— осложнения, связанные с ВИЧ-инфекцией (СПИДом).

2.15.7. При страховании от критических заболеваний (КРЗ) — диагностирование критического заболевания, если оно:

— наступило в результате приема медикаментов без предписания лечащего врача соответствующей квалификации;

— связано с ВИЧ-инфекцией (СПИДом).

2.15.8. Госпитализация Застрахованного лица для обследования в целях наблюдения за состоянием здоровья, в судебно-медицинских целях и т.п.; проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей; временная нетрудоспособность Застрахованного лица в связи с уходом за больным.

2.16. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

²² Пенитенциарное учреждение - тюрьма, колония, лагерь или иное закрытое учреждение, предназначенное: для отбывания уголовного наказания, а также для предварительного заключения лиц, подозреваемых в преступлении.

²³ В рамках настоящих Правил под некачественными алкогольными напитками понимаются алкогольные напитки (включая пиво), содержащие токсичные вещества, ядовитые примеси - в компонентах и/или дозировке, недопустимых стандартами (правами, нормативами), подлежащими применению при изготовлении соответствующей алкогольной продукции.

б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

2.17. Прочие исключения из объема страхового покрытия (помимо указанных в пп.2.15, 2.16 Правил) содержатся в иных пунктах Правил (см., в частности, пп.1.15.13, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11 Правил), а также могут быть указаны в договоре страхования (см., в частности, прилагаемые к договору страхования «Список критических заболеваний», Таблицу выплат «Телесные повреждения», Таблицу выплат «Беременность, роды (родоразрешение)», Таблицу выплат «Осложнения, возникшие в связи с проведением плановой медицинской манипуляции»; пп.2.6.1, 2.7.1 Правил).

2.18. Датой страхового случая (т.е. события, в дальнейшем повлекшего за собой наступление обязательств Страховщика по выплате страхового возмещения) признается дата наступления в период действия страхования соответствующего неблагоприятного страхового события, в частности:

- при страховании от несчастных случаев (НС) — дата наступления несчастного случая;
- при страховании от естественных причин (ЕП):
 - если причиной страхового случая является острое заболевание — дата первичного обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) по поводу острого заболевания (см. п.2.7 «а-г» Правил);
 - если страховым случаем является инвалидность Застрахованного лица вследствие обострения хронического заболевания, заболевания, диагностированного (выявленного) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или его осложнения — дата установления инвалидности Застрахованному лицу (см. п.2.7 «б» Правил);
 - если страховым случаем является смерть Застрахованного лица вследствие обострения хронического заболевания, заболевания, диагностированного (выявленного) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или его осложнения — дата смерти Застрахованного лица (см. п.2.7 «в» Правил);
 - если страховым случаем является утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности вследствие обострения хронического заболевания, заболевания, диагностированного (выявленного) у Застрахованного лица до начала действия страхования, и/или его осложнения — дата установления степени утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности (см. п.2.7 «г» Правил);
- при страховании на случай осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) — самая ранняя из следующих дат: дата диагностирования (выявления) осложнения или дата завершения беременности родами или аборт (самопроизвольным или по медицинским показаниям);
- при страховании на случай осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции, — дата проведения медицинской манипуляции, в связи с которой возникли осложнения;
- при страховании на случай инфицирования Застрахованного лица при «согласованных обстоятельствах»:
 - дата проведения Застрахованному лицу медицинской манипуляции, при которой произошло инфицирование, — если «согласованными обстоятельствами» являются проведение Застрахованному лицу в период действия страхования указанной(ых) в договоре страхования медицинской(их) манипуляции(ий);
 - дата «аварийной ситуации» (см. абз.3 п. 2.11.1 Правил), при которой произошло инфицирование, — если «согласованными обстоятельствами» являются осуществление Застрахованным лицом в период действия страхования профессиональной (медицинской) деятельности, связанной с риском заражения гемоконтактными инфекциями;
- при страховании на случай первичного диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания — дата первичного диагностирования критического заболевания.

3. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. *Страховой суммой* является определяемая договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии (страховых взносов) и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Сторон.

3.2. При заключении договора страхования Стороны вправе согласовать размеры страховых сумм, устанавливаемых на отдельные страховые периоды (годовой или иной страховой период) в течение общего срока страхования (*страхование с установлением «графика страховых сумм»*).

3.3. При заключении договора страхования одновременно по нескольким страховым рискам из числа указанных в пп.2.4.1 – 2.4.8 Правил (с учетом положений п.2.5.1 Правил) по каждому страховому риску устанавливается отдельная страховая сумма.

3.4. По коллективному договору страхования (п.1.5.2 Правил):

— размер страховой суммы устанавливается отдельно в отношении каждого Застрахованного лица по каждому застрахованному риску и указывается в договоре страхования («Договоре», Полисе, Списке Застрахованных лиц и т.п.);

— общая страховая сумма в отношении каждого Застрахованного лица определяется суммированием страховых сумм по каждому застрахованному в отношении него риску (см. п.2.4 Правил);

— общая страховая сумма по договору страхования определяется суммированием общих страховых сумм, установленных в отношении каждого из Застрахованных лиц.

3.5. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях или в иностранной валюте (если действующим валютным законодательством Российской Федерации страхование в иностранной валюте допускается).

По соглашению Сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях («страхование с валютным эквивалентом»).

4. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

4.1. Под *страховой премией* понимается сумма, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику по договору страхования в порядке, размере и в сроки, установленные договором страхования (плата за страхование). Под *страховым взносом* понимается часть страховой премии.

Договором страхования (письменным соглашением Сторон) может быть предусмотрена возможность уплаты страховой премии (полностью или частично) Застрахованным лицом и/или Выгодоприобретателем и/или иным лицом (см. также п.8.6 Правил).

4.2. Страховая премия исчисляется Страховщиком исходя из размеров установленных страховых сумм и страховых тарифов.

4.2.1. Общая страховая премия по договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, определяется суммированием страховых премий по каждому Застрахованному лицу.

4.3. *Страховой тариф* представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению Сторон.

Размер страхового тарифа исчисляется с учетом характеризующих ситуацию риска факторов из числа указанных в Приложении № 5 к Правилам.

4.4. Страховая премия может быть перечислена на расчетный счет Страховщика либо внесена в кассу Страховщика наличными деньгами.

4.4.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) признается:

— дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения их уполномоченным представителем Страховщика при наличных расчетах;

— дата поступления (зачисления) денежных средств на расчетный счет Страховщика при безналичных расчетах.

4.4.2. Страховая премия (страховые взносы) уплачивае(ю)тся Страхователем в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

При «страховании с валютным эквивалентом» (п. 3.5 Правил) страховая премия (страховые взносы) уплачивае(ю)тся в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления), если договором страхования не установлена иная дата.

4.5. Страховая премия вносится единовременно, если договором страхования не установлено иное (внесение страховой премии в рассрочку в виде *страховых взносов*).

4.6. Размер, сроки и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) подлежат отражению в договоре страхования.

4.7. При заключении договора страхования с установлением «графика страховых сумм» (п.3.2 Правил) Стороны вправе согласовать порядок уплаты страховой премии за каждый страховой период (единовременно или в рассрочку); при этом размер страховой премии исчисляется исходя из соответствующей данному страховому периоду страховой суммы и согласованного Сторонами размера страхо-

вого тарифа. Размер страхового тарифа по согласованию Сторон может быть установлен для каждого страхового периода индивидуально в зависимости от изменения степени страхового риска и/или иных обстоятельств.

4.8. В случае просрочки в уплате очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) действие договора страхования прекращается со дня (даты), следующего за датой, согласованной Сторонами как дата уплаты данного страхового взноса.

Договором страхования или иным письменным соглашением Сторон могут быть предусмотрены иные последствия нарушения сроков уплаты очередного страхового взноса (например, уменьшение страховой суммы пропорционально отношению суммы уплаченных страховых взносов к общей страховой премии, исчисленной к уплате по договору страхования).

4.9. Если размер страховой премии по заключенному договору страхования подлежит:

- увеличению (в связи с увеличением степени страхового риска, срока страхования, размера страховой суммы и т.д.), то Страхователь обязан уплатить сумму дополнительной страховой премии, исчисленной Страховщиком, единовременно, если иное не предусмотрено соответствующим соглашением Сторон;

- уменьшению (в связи с уменьшением степени страхового риска, срока страхования, размера страховой суммы и т.д.), то Страховщик вправе вернуть Страхователю излишне уплаченную часть страховой премии за неистекший срок действия страхования; при исчислении размера возвращаемой суммы Страховщик вправе учесть понесенные им расходы и отчисления, предусмотренные структурой тарифной ставки, а также заявленные претензии и произведенные страховые выплаты по данному договору страхования.

4.10. Оформление изменений условий страхования в период действия договора страхования производится в порядке, установленном п.5.12.1 Правил.

4.11. Порядок исчисления страховых тарифов и страховых премий, включая дополнительные страховые премии, указан в Приложении № 5 к Правилам.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на любой согласованный Сторонами срок с учетом положений п.5.1.1 Правил.

5.1.1. Договор страхования по риску «Критические заболевания» («КРЗ») (п.2.4.8 Правил) может быть заключен на срок не менее 1 года.

5.2. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением установленной Страховщиком формы (далее — *Заявление о страховании*), в котором сообщает Страховщику необходимые для заключения договора страхования данные, либо иным допустимым способом (устное заявление, сообщение по факсу и т.д.) заявляет о своем намерении заключить договор страхования и сообщает сведения, необходимые для его заключения (см. также пп. 5.4 - 5.4.3 Правил).

5.2.1. Договор страхования должен содержать все существенные условия, предусмотренные для него законодательством Российской Федерации (для заключения договора страхования должно быть достигнуто соглашение Сторон по всем существенным условиям договора страхования, в том числе и тем, на согласовании которых настаивает хотя бы одна из Сторон). Сторонами, в частности, должно быть достигнуто соглашение:

- о Застрахованном(ых) лице(ах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного(ых) лица(лиц) осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере(ах) страховой(ых) суммы(сумм);
- о сроке действия договора страхования (периоде действия страхования);
- о прочих характеристиках объема страхового покрытия (исключениях из страхового покрытия, принципах исчисления размера страхового возмещения).

5.2.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. Договор страхования оформляется в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и представляет собой совокупность документов, полностью определяющих условия страхования с конкретным Страхователем.

5.3.1. Договор страхования заключается путем вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. При этом Полис с приложением Правил, удостоверяет факт заключения договора страхования и начала действия страхования по нему.

При необходимости, договор страхования заключается путем составления двухстороннего документа «Договор страхования ...» (далее — «Договор»), подписываемого от имени Сторон уполномоченными лицами. В этом случае Страхователю, кроме экземпляра «Договора», выдается, по его письменному или устному запросу, страховой Полис, являющийся свидетельством заключения договора и начала действия страхования по нему. В «Договоре», по которому застраховано несколько лиц, (*коллективный договор страхования* - п.1.5.2 Правил) может быть предусмотрена выдача Полисов в отношении каждого Застрахованного лица, при этом в каждом Полисе содержится указание на реквизиты «Договора».

Договор страхования с установлением «графика страховых сумм» (п.3.2 Правил) может быть заключен (по согласованию Сторон) путем составления «Договора» и выдачей Страховщиком на каждый страховой период отдельного страхового Полиса, в котором указывается период действия страхования по нему; в этом случае период действия страхования по «Договору» равен совокупному периоду действия страхования по отдельным страховым Полисам.

5.3.1.1. В случае выдачи Страховщиком Полиса, он вручается Страхователю после получения Страховщиком страховой премии (первого страхового взноса - при уплате в рассрочку), если договором не оговорено иное:

а) в день уплаты страховой премии (первого страхового взноса) – при уплате страховой премии (страхового взноса) наличными;

б) в 5-тидневный срок со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) – при безналичной форме уплаты страховой премии (страхового взноса).

5.3.2. Под *договором страхования* в рамках Правил понимаются не только Полис и/или «Договор», но и иные названные в них (упомянутые, прилагаемые) документы (например, Правила, Заявление о страховании и приложения к нему, письменные соглашения Сторон, в том числе об изменении условий договора страхования). Положения подобных документов признаются частью договора страхования (в соответствии с согласованным Сторонами приоритетом) и в совокупности с положениями Полиса и/или «Договора» определяют условия конкретного договора страхования (далее — *условия договора страхования*).

5.3.3. В случае утраты «Договора» (Полиса) в период его действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат утраченного страхового документа (см. п.8.5.5 Правил). После выдачи дубликата утраченный страховой документ считается недействительным (аннулированным) и выплаты по нему не производятся.

5.4. При заключении договора страхования Страхователь (принимаемое на страхование лицо) обязан сообщить известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска (п.2.2.4 Правил), Страховщику, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны последнему. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в формах Заявления о страховании, «Договора», Полиса (приложениях к ним) или в ином письменном запросе Страховщика.

Кроме вышеуказанной информации Страхователь обязан сообщить Страховщику запрошенные им сведения о Страхователе, Застрахованном(ых) лице(ах), Выгодоприобретателе(ях) (идентифицирующая информация, адреса, реквизиты, регистрационные данные и т.д.).

5.4.1. Типовая процедура заключения договора страхования не предусматривает медицинского освидетельствования (обследования) принимаемого на страхование лица, однако Страховщик в каждом конкретном случае оставляет за собой право согласовать с принимаемым на страхование лицом вопрос о проведении в отношении него такого медицинского освидетельствования (обследования) (см., например, последние абзацы пп.2.11.1, 2.11.2 Правил и п.5.5 Правил).

5.4.2. В целях заключения договора страхования по согласованию Страховщика со Страхователем (принимаемым на страхование лицом) дополнительно могут быть предоставлены (по запросу Страховщика):

— заполненная Медицинская анкета установленной Страховщиком формы, содержащая сведения, позволяющие судить о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица, а также отказ принимаемого на страхование лица в пользу Страховщика от конфиденциальности медицинской информации;

— выписка из медицинской карты об имеющихся (диагностированных) на дату заключения договора страхования у принимаемого на страхование лица заболеваниях (либо справка об отсутствии у него на дату заключения договора страхования заболеваний, на которые будет распространяться действие страхования), заверенная печатью медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь данному лицу, и содержащая сведения о дате выдачи выписки (справки) и лице (фамилия, имя, отчество, должность), сделавшем данную выписку (выдавшем данную справку);

— при заключении договора страхования на случай осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) (пп. 2.4.4 «г», 2.4.5 «г», 2.4.6 «г» Правил) — справка из медицинской организации (женской консультации и т.д.) о сроке беременности и состоянии здоровья принимаемого на страхование лица на момент страхования (на дату не позже 5 дней до даты начала действия страхования).

5.4.3. В целях оценки риска при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем) в отношении работников Страхователя Страховщик вправе (по согласованию со Страхователем) провести преддоговорную экспертизу условий труда, режима и прочих особенностей работы предприятия. Результат проведенной экспертизы фиксируется Страховщиком в «Акте преддоговорной экспертизы по страхованию от несчастных случаев и/или болезней работников предприятия» и учитывается Страховщиком при определении страхового тарифа.

5.5. На страхование не принимаются:

- а) лица, возраст которых на момент заключения договора страхования:
 - превышает 75 лет – при страховании от несчастных случаев; естественных причин; на случай осложнений, возникших в связи с проведением плановой медицинской манипуляции; на случай инфицирования;
 - превышает 45 лет — при страховании на случай осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения);
 - менее 18 лет или превышает 65 лет — при страховании на случай критического заболевания;
- б) инвалиды I группы и дети-инвалиды - в отношении риска установления инвалидности (см. пп. 2.4.3, 2.4.5, 2.4.6 Правил); при этом в отношении прочих рисков, входящих в состав застрахованного риска, договор страхования действует;
- в) при страховании на случай критического заболевания — лица, которые на дату заключения договора страхования:
 - уже перенесли любое из заболеваний, определяемых как критическое заболевание (см. п.1.15.14 Правил);
 - имеют нарушения коронарных артерий, больны сахарным диабетом, артерио(атеро)склерозом, заболеваниями периферических кровеносных сосудов;
 - страдают тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы, неврологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом и наркоманией;
- г) лица, находящиеся в пенитенциарных учреждениях в качестве заключенных (подследственных или осужденных);²⁴
- д) лица, признанные безвестно отсутствующими;
- е) лица, не предоставившие Страховщику запрашиваемую им информацию, влияющую на оценку степени страхового риска, в том числе лица, отказавшиеся от предоставления выписки из медицинской карты об имеющихся (диагностированных) у них заболеваниях на дату заключения договора страхования и/или справки об отсутствии у них на дату заключения договора страхования заболеваний, на которые будет распространяться действие страхования, и/или от заполнения Медицинской анкеты и/или от прохождения медицинского освидетельствования (обследования), если Страховщик настаивал на указанных процедурах исследования степени страхового риска (см. пп. 5.4.1, 5.4.2 Правил);
- ж) лица, сообщившие Страховщику ложные сведения или в отношении которых Страхователем были сообщены ложные сведения (если данный факт будет установлен Страховщиком);
- з) лица, не предоставившие Страховщику права необходимого доступа к медицинской информации или права на обработку персональных данных;
- и) лица, не соответствующие условиям, установленным Страховщиком в рамках конкретной Программы (договора) страхования²⁵.

5.6. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (принимаемого на страхование лица) на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были ему сообщены. Однако Страховщик вправе повторно запросить Страхователя, а также самостоятельно получить требуемую информацию. Если полученные сведения влекут за собой изменение степени страхового риска в отношении всех или отдельных Застрахованных лиц, Страховщик, если это предусмотрено условиями договора страхования, вправе действовать в части последствий увеличения степени страхового риска в соответствии с положениями ст.959 ГК РФ.

²⁴ см. сноску к п.2.15.2 Правил

²⁵ в частности, в рамках конкретной Программы (договора) страхования на страхование могут не приниматься лица, состоящие на учете в психоневрологическом и/или наркологическом диспансерах

5.6.1. Если после заключения договора страхования выяснится, что застраховано лицо, не подлежащее страхованию согласно условиям настоящих Правил и/или Программы (договора) страхования (см. п.5.5 Правил), Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным в части страхования данного лица.

5.6.2. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (принимаемое на страхование лицо, его представитель) сообщил Страховщику (в частности, в своем Заявлении о страховании (Медицинской анкете) или в ответах на запросы Страховщика) заведомо ложные сведения, зафиксированные в договоре страхования, Страховщик вправе (п.3 ст.944 ГК РФ) потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ (Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (принимаемое на страхование лицо, его представитель), уже отпали).

5.7. Договор страхования признается заключенным с момента его подписания (или с даты подписания Полиса от имени Страховщика уполномоченным лицом и принятия его Страхователем, если договор страхования заключается путем выдачи Полиса без оформления «Договора»), если договором страхования не предусмотрено иное.

5.7.1. Договор страхования в части обязанности Страхователя по уплате страховой премии, а также прав и обязанностей Сторон, связанных со степенью страхового риска, вступает в силу с момента его заключения (например, в отношении обязанности Страхователя по извещению Страховщика об обстоятельствах и/или их изменениях, влияющих на степень страхового риска, в отношении оценки Страховщиком изменения степени страхового риска в целях исчисления адекватного размера страховой премии и/или соответствующего изменения условий договора страхования).

5.7.2. В случае неуплаты Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) единовременной страховой премии (или первого страхового взноса — при уплате в рассрочку) в срок, указанный в договоре страхования, заключенный договор считается прекратившим свое действие. В соответствии с положениями п.5.7.3 Правил такой договор считается несостоявшимся в части обязательств Страховщика по выплате страхового возмещения как прекративший свое действие до начала (вступления в силу) действия страхования.

5.7.3. *Действие страхования по договору:*

— начинается (вступает в силу) с момента, указанного в договоре страхования («Договоре», Полисе), но не ранее 00.00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого или единовременного страхового взноса), если договором страхования не предусмотрено иное;

— заканчивается в 24.00 часа согласованного Сторонами дня (даты), указанного(ой) в договоре страхования («Договоре», Полисе). День (дата) окончания действия страхования определяется исходя из срока действия страхования и дня (даты) начала действия страхования.

5.7.3.1. Даты начала и окончания действия страхования, указанные в договоре страхования («Договоре», Полисе), определяют *период действия страхования*.

5.7.3.2. Условиями договора страхования *ответственность Страховщика (действие страховой защиты)* может быть ограничена(о) определенными временными отрезками из периода действия страхования (см., в частности, п.2.13 «б» Правил).

5.7.3.3. Даты начала и окончания периода действия страхования (страховой защиты) могут быть указаны в «Договоре» (Полисе) в явном виде или описанием условий, позволяющих однозначно установить период действия страхования (страховой защиты).

Периоды действия страхования, страховой защиты исчисляются (определяются, указываются) по местному времени (времени в месте заключения договора страхования).

5.7.4. Обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения распространяются также на страховые случаи, указанные в п.2.12 Правил.

5.8. Договор страхования прекращает свое действие:

5.8.1. по истечении срока его действия (периода действия страхования);

5.8.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента выполнения Страховщиком своих обязательств;

Вместе с тем договор страхования прекращает свое действие в отношении конкретного страхового риска одновременно с исчерпанием страховой суммы, установленной в отношении данного риска, в то время как в отношении прочих страховых рисков действие договора страхования сохраняется (см. п.7.9.1 Правил);

5.8.3. в случае признания договора страхования недействительным по основаниям и в порядке, установленными Гражданским кодексом Российской Федерации; в этом случае договор страхования является недействующим с момента его заключения. При недействительности договора каждая из Сторон

обязана возратить другой Стороне все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом;

5.8.4. при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные в договоре страхования объеме и сроки, если иные последствия неуплаты не согласованы Сторонами письменно (см. п.4.8 Правил);

5.8.5. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с даты возникновения таких обстоятельств, а Страховщик возвращает лицу - плательщику страховой премии (см. п.4.1 Правил) часть страховой премии за истекший срок действия страхования с учетом понесенных Страховщиком расходов по данному договору страхования и отчислений, предусмотренных структурой тарифной ставки, а также заявленных претензий и произведенных страховых выплат по данному договору страхования (если действующим законодательством Российской Федерации не предусмотрен иной способ расчета возвращаемой суммы);

5.8.6. в случае отказа Страхователя (Выгодоприобретателя) от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай; при этом договор страхования прекращает действовать с даты, указанной Страхователем в письменном заявлении (но не ранее дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления от Страхователя), а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату (ни полностью, ни в части), если «Договором» (Полисом) или иным письменным соглашением Сторон не предусмотрено иное;

5.8.7. по взаимному письменному соглашению Сторон, определяющему условия и порядок досрочного расторжения договора (в том числе и порядок взаиморасчетов);

5.8.8. в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (раздел 9 Правил);

5.8.9. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и/или не противоречащими ему положениям Правил (договора страхования).

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменений в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» установлен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования;

б) за вычетом части страховой премии, пропорциональной сроку, в течение которого действовало страхование (то есть пропорционально периоду с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования), – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У.

Возврат Страховщиком страховой премии (ее части) производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

В случаях, отличных от указанных в настоящем пункте, действуют положения, предусмотренные Правилами страхования и договором страхования (полисом или иным письменным соглашением Сторон).

5.9. Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования (страховой защиты), но не влечет прекращение обязательств Сторон, вытекающих из договора страхования и возникших до момента его прекращения (в том числе обязанности Страховщика произвести выплату страхового возмещения по страховым случаям, произошедшим в период действия страхования (страховой защиты), в том числе в соответствии с положениями п.2.12 Правил).

5.9.1. Если страховая премия (страховые взносы) по договору страхования была(и) уплачена(ы) в иностранной валюте (см. п.4.4.2 Правил), то в случае прекращения действия договора страхования с возвратом Страховщиком части страховой премии (в том случае, когда это предусмотрено договором страхования - Правилами, «Договором», Полисом, иными письменными соглашениями Сторон), возврат части страховой премии за истекший срок действия страхования осуществляется исходя из фактически уплаченной(ых) страховой премии (страховых взносов) в российских рублях.

5.10. Действие коллективного договора страхования в отношении отдельного Застрахованного лица досрочно прекращается в случаях, предусмотренных положениями п.5.8 Правил — в той части, в которой их действие может быть распространено на отдельное Застрахованное лицо, со следующими особенностями:

5.10.1. Досрочное прекращение действия договора страхования в отношении Застрахованного лица в связи с его смертью производится:

— в соответствии с п.5.8.2 Правил (без возврата части страховой премии), если смерть Застрахованного лица является страховым случаем;

— в соответствии с п.5.8.5 Правил, если смерть Застрахованного лица не является страховым случаем. В этом случае Стороны вправе согласовать замену Застрахованного лица в порядке, установленном п.5.11.3 Правил.

5.10.2. Досрочное прекращение действия договора страхования в отношении Застрахованного лица в связи с его заменой на иное лицо на оставшийся срок действия договора страхования производится в порядке, установленном п.5.11.3 Правил.

5.10.3. Действие договора страхования в отношении одного, нескольких или всех Застрахованных лиц досрочно прекращается (без замены их на иных лиц) на основании заявления заинтересованной в этом Стороны путем подписания Сторонами Дополнительного соглашения к договору страхования, регламентирующего срок и порядок соответствующего прекращения действия договора, а также взаиморасчета Сторон, если проведение последнего предусмотрено (см., в частности, п.5.8.7 Правил).

Стороны вправе не подписывать указанное Дополнительное соглашение, если вышеназванные вопросы однозначно урегулированы законодательством, Правилами или условиями договора страхования (например, при исполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме до истечения срока действия договора).

5.11. В период действия договора страхования Страхователь вправе вносить изменения в Список Застрахованных лиц (для индивидуального договора страхования — производить замену Застрахованного лица):

5.11.1. Уменьшение численности Застрахованных лиц (прекращение действия коллективного договора страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц без замены их на иных лиц) производится в порядке, установленном выше в п.5.10.3 Правил;

5.11.2. Увеличение количества Застрахованных лиц на оставшийся срок действия договора страхования производится на основании соответствующего заявления Страхователя по согласованию со Страховщиком. При этом действие договора страхования распространяется на принимаемых на страхование лиц с соблюдением порядка, процедур и сроков, установленных выше в настоящем разделе Правил:

- Страхователь предоставляет Страховщику сведения о принимаемых на страхование лицах в том же порядке и объеме, что и при заключении договора страхования;
- Страховщик производит оценку степени страхового риска и исчисляет подлежащую уплате дополнительную страховую премию;
- Стороны подписывают соответствующее Дополнительное соглашение к договору страхования;
- действие страхования распространяется на новых Застрахованных лиц с 00.00 часов местного времени дня, следующего за днем производства необходимых взаиморасчетов Сторон (уплаты дополнительной страховой премии Страхователем), если Дополнительным соглашением не предусмотрен иной срок начала действия страхования в отношении новых Застрахованных лиц.

Страховщик вправе отказать Страхователю в увеличении количества Застрахованных лиц на оставшийся срок действия договора страхования, предложив заключить новый договор страхования на согласованный Сторонами срок на условиях, аналогичных действующему договору страхования, или иных условиях.

5.11.3. Замена Застрахованного лица на иное указанное Страхователем лицо на оставшийся срок действия договора страхования производится на основании соответствующего заявления Страхователя по согласованию со Страховщиком и означает прекращение действия договора страхования в отношении прежнего (выбывающего) Застрахованного лица и вступление договора страхования в силу в отношении иного принимаемого на страхование лица (нового Застрахованного лица), в связи с чем замена Застрахованного лица производится с соблюдением в соответствующей части порядка, установленного п.5.11.1 и п.5.11.2 настоящих Правил, со следующими особенностями:

▪ Страхователь подает Страховщику заявление о замене Застрахованного лица с указанием прежнего (выбывающего) Застрахованного лица и лица, принимаемого на страхование взамен (нового Застрахованного лица);

▪ Страхователь предоставляет Страховщику письменное согласие прежнего Застрахованного лица (кроме случая смерти Застрахованного лица) на замену;

▪ Страховщик вправе произвести оценку изменения степени страхового риска, по результатам которой решается вопрос о порядке производства взаиморасчета по договору страхования (возврате Страховщиком части уплаченной страховой премии или доплате Страховщику исчисленной им суммы дополнительной страховой премии и/или зачете сумм встречных требований).

Страховщик вправе отказать Страхователю в замене Застрахованных лиц на оставшийся срок действия договора страхования, предложив заключить в отношении новых Застрахованных лиц новый договор страхования на согласованный Сторонами срок на условиях, аналогичных действующему договору страхования, или иных условиях.

5.12. В отношении внесения изменений в договор страхования действуют также следующие положения:

5.12.1. В период действия договора страхования Стороны вправе вносить в договор необходимые изменения, что позволяет обеспечивать соответствие содержащихся в нем сведений и положений реальным страховым интересам и фактическим обстоятельствам (если такие изменения не выходят за рамки Правил и действующего законодательства Российской Федерации).

Внесение изменений производится по взаимному соглашению Сторон (на основании устного или письменного заявления заинтересованной Стороны) путем заключения Дополнительных соглашений к договору страхования и, в случае необходимости, перерасчета страховой премии (осуществления взаиморасчета) и переоформления Полиса и/или «Договора».

5.12.2. Права и обязанности Сторон в связи с увеличением степени страхового риска отражены в пп. 8.2.3, 8.4.5, 8.4.6 Правил.

5.12.3. Если одно из положений договора страхования становится недействительным, это не затрагивает действия остальных положений договора страхования, если можно предположить, что он был бы заключен и без включения в него недействительного положения.

5.12.4. Все изменения и дополнения к договору страхования будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

6. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. При наступлении страхового события (см. п.1.15.17 Правил), в том числе страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель - если он намерен воспользоваться правом на страховое возмещение (п.1 ст. 961 ГК РФ)) должны уведомить Страховщика о наступлении данного события по возможности незамедлительно.

6.1.1. Уведомление может быть произведено в соответствии с указанными в договоре страхования (Полисе) реквизитами Страховщика, любым доступным способом, позволяющим обеспечить подтверждение факта получения Страховщиком сообщения, в том числе с использованием современных средств быстрой связи (телефона, электронной почты, факса и т.д.) или же путем непосредственного обращения в офис Страховщика с письменным заявлением. При этом Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) по возможности согласовывают свои дальнейшие действия.

Письменное уведомление Страховщика (заявление о наступлении страхового случая (события)) в любом случае должно быть произведено не позднее 30 дней с даты наступления соответствующего события (см. также п.6.7 «в» Правил). В письменном уведомлении (заявлении) Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) указывает всю известную ему информацию о страховом событии (п.1.15.17.1 Правил), а также сообщает другие известные ему сведения, имеющие существенное значение для решения вопроса о наступлении страхового случая и размере страхового возмещения. В частности, существенными признаются сведения, запрошенные Страховщиком.

Исполнение данной обязанности, в случае возникновения спора о дате извещения Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая), может подтверждаться распиской Страховщика или иным документальным образом.

6.1.2. При страховании на случай инфицирования Застрахованного лица (риск «ИНФ», см. п.2.4.7 Правил) при выполнении им профессиональных обязанностей Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязаны сообщить Страховщику обо всех неблагоприятных происшествиях (аварийных ситуациях), способных повлечь наступление страхового случая (см. абз. 3 п.2.11.1 Правил). Такое сообщение должно быть сделано любым способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения (см. п.6.1.1 Правил), в течение 30 дней с даты указанного происшествия. Вместе с таким сообщением Страховщику должны быть предоставлены результаты сделанного непосредственно после происшествия анализа крови Застрахованного лица на наличие антител к инфекции, которой может быть заражено Застрахованное лицо в результате данного происшествия (см. также п.6.7 «в» Правил).

6.1.3. Пропуск Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) указанных в пп. 6.1.1, 6.1.2 Правил сроков уведомления Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая) допускается в случаях, когда Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не имел(и) возможности исполнить данную обязанность по уважительной причине, что подтверждено предоставленными Страховщику документами.

6.1.4. Неисполнение обязанности по уведомлению Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая) дает Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового события (страхового случая) либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение (п.2 ст. 961 ГК РФ).

6.2. Лицом, претендующим на получение страховой выплаты, должны быть предоставлены (предъявлены, направлены) Страховщику содержащие информацию о страховом событии документы²⁶ из числа нижеуказанных, необходимые для проведения расследования страхового события, принятия решения о страховой выплате и идентификации получателя выплаты (сокращенно — *подтверждающие документы*):

6.2.1. Заявление о выплате страхового возмещения с указанием:

— сведений, идентифицирующих заявителя (для физических лиц - фамилии, имени, отчества, даты рождения, почтового адреса (адреса регистрации), данных документа, удостоверяющего личность; для юридических лиц – наименования организации, фамилии, имени, отчества и должности лица, подающего (подписывающего) заявление),

— фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, в отношении которого произошло страховое событие,

— вида страхового события, даты, времени, места и обстоятельств его наступления,

— желаемой формы получения страхового возмещения (наличными деньгами через кассу Страховщика, путем безналичного расчета);

6.2.2. Полис («Договор») страхования;

6.2.3. Документ, подтверждающий право заявителя (получателя) на получение страхового возмещения (документ, удостоверяющий личность, а при необходимости — и иные документы, подтверждающие правомочия получателя, например, соответствующая доверенность, свидетельство о праве на наследство и т.п.);

6.2.4. Документы (акт, заключение, справка и т.п.) компетентных органов (п.1.15.19 Правил), подтверждающие факт наступления страхового события (несчастного случая, заболевания и т.д.) в период действия страхования (страховой защиты) и его причинно-следственную связь со страховым случаем (см. раздел 2 Правил), а также позволяющие Страховщику определить размер страхового возмещения:

а) **в случае временного расстройства здоровья Застрахованного лица** – документы, указывающие на факт и обстоятельства получения Застрахованным лицом повреждения здоровья (травмы, случайного острого отравления, заболевания и т.д.), содержащие сведения о количестве дней временного расстройства здоровья (временной нетрудоспособности, сроке лечения, при страховании на случай госпитализации – количестве дней нахождения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения), полном диагнозе (при необходимости - исходя из страхового покрытия, обстоятельств и характера страхового события - о проведенных медицинских манипуляциях, курсе лечения, результатах медицинских исследований), в частности:

— справка медицинской организации (частнопрактикующего врача, судебного врача (фельдшера) и т.п.) и/или выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (выписной эпикриз);

— листок нетрудоспособности (больничный лист) — для лиц, которым он выдается в соответствии с положениями действующего законодательства²⁷;

— при необходимости (в зависимости от страхового покрытия, характера и обстоятельств произошедшего события):

■ результаты лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза;

■ выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях;

■ прочие документы, если они необходимы исходя из ситуации для расследования страхового события Страховщиком (подтверждающие дату, обстоятельства наступления и характер события, приведшего к страховому случаю, и/или иную информацию о страховом событии (п.1.15.17.1 Правил): *акт о несчастном случае на производстве* формы,

²⁶ оригиналы или копии документов - по усмотрению Страховщика и в зависимости от вида документа

²⁷ см., например, Приказ Минздравсоцразвития от 29 июня 2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»

предусмотренной действующим законодательством (в случае получения производственной травмы); акт о случае профессионального заболевания формы, предусмотренной действующим законодательством (в случае профессионального заболевания или отравления); протокол (выписка из протокола) органов внутренних дел (например, в случае получения травмы в результате противоправных действий третьих лиц); если несчастный случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) – справка о ДТП (из ГИБДД) и/или протокол (постановление по делу, определение о возбуждении (об отказе в возбуждении) дела) об административном правонарушении, составленные в отношении участников ДТП; и т.д.;

б) в случае утраты профессиональной трудоспособности Застрахованным лицом:

— соответствующий акт (выписка из акта, справка, заключение) компетентного органа (см. п.1.15.6 Правил) об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности (с указанием причины и степени утраты профессиональной трудоспособности; срока, на который она установлена);

— медицинские документы (справки, выписки из медицинских карт, направление на медико-социальную экспертизу и т.д.), содержащие историю заболевания (дату начала заболевания (острого отравления, получения травмы), приведшего(ей) к утрате профессиональной трудоспособности; информацию о развитии и течении заболевания; сведения о предшествующих заболеваниях (при их наличии) и датах их диагностирования (выявления)) и полный диагноз;

— прочие документы, если они необходимы исходя из ситуации для расследования страхового события Страховщиком (подтверждающие дату, обстоятельства наступления и характер события, приведшего к страховому случаю, и/или иную информацию о страховом событии)²⁸;

в) в случае установления инвалидности Застрахованному лицу:

— соответствующий акт (выписка из акта, справка, заключение) компетентного органа (см. п.1.15.5 Правил) об установлении Застрахованному лицу инвалидности (с указанием причины инвалидности, группы инвалидности (для лиц в возрасте от 18 лет и старше));

— медицинские документы (справки, выписки из медицинских карт, направление на медико-социальную экспертизу и т.д.), содержащие историю заболевания (дату начала заболевания (острого отравления, получения травмы), приведшего(ей) к установлению инвалидности; информацию о развитии и течении заболевания; сведения о предшествующих заболеваниях (при их наличии) и датах их диагностирования (выявления)) и полный диагноз;

— при необходимости (в зависимости от страхового покрытия, характера и обстоятельств произошедшего события):

▪ документы, подтверждающие наличие инвалидности у Застрахованного лица до заключения договора страхования, с указанием причины инвалидности, группы инвалидности - для лиц в возрасте от 18 лет и старше (см. п.7.9.4 Правил);

▪ прочие документы, если они необходимы исходя из ситуации для расследования страхового события Страховщиком (подтверждающие дату, обстоятельства наступления и характер события, приведшего к страховому случаю, и/или иную информацию о страховом событии)²⁹;

г) в случае смерти Застрахованного лица:

— свидетельство о смерти, выданное компетентным органом³⁰;

— медицинская справка (заключение) о причине смерти (врачебное (медицинское) свидетельство о смерти);

— медицинские документы (справки, выписки из медицинских карт и т.д.), содержащие историю заболевания (дату начала заболевания (острого отравления, получения травмы), приведшего(ей) к смерти; информацию о развитии и течении заболевания; сведения о предшествующих заболеваниях (при их наличии) и датах их диагностирования (выявления)) и полный диагноз;

— при необходимости (исходя из характера и обстоятельств страхового события):

▪ протокол патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа;

▪ прочие документы, если они необходимы исходя из ситуации для расследования страхового события Страховщиком (подтверждающие дату, обстоятельства наступления и характер события, приведшего к страховому случаю, и/или иную информацию о страховом событии)³¹;

д) в случае инфицирования Застрахованного лица:

²⁸ см., например, последний абзац п.6.2.4 «а» Правил

²⁹ см., например, последний абзац п.6.2.4 «а» Правил

³⁰ органами ЗАГС, если иное не установлено действующим законодательством

³¹ см., например, последний абзац п.6.2.4 «а» Правил

— медицинские документы, подтверждающие наличие у Застрахованного лица инфекции, на которую распространяется действие страхования: результаты проведенных лабораторных исследований с указанием вида выявленной инфекции (болезни, вызванной инфекцией) и даты проведения обследования (исходя из характера и обстоятельств страхового события - дополнительно справка из территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с указанием зарегистрированного диагноза и даты его установления);

— в случае инфицирования Застрахованного лица во время проведения ему медицинской манипуляции:

- заявление из медицинской организации, в которой была произведена медицинская манипуляция, (или от частнопрактикующего врача и т.п., производившего медицинскую манипуляцию), свидетельствующее о признании своей ответственности в связи с фактом (своей причастности к факту) заражения Застрахованного лица, либо акт (решение) судебного органа об ответственности медицинской организации (частнопрактикующего врача и т.п.) в связи с фактом (причастности к факту) заражения Застрахованного лица во время проведения ему медицинской манипуляции (см. абз. 2 п.2.11.1 Правил) - с указанием вида медицинской манипуляции, при проведении которой было заражено Застрахованное лицо, и даты ее проведения;

- при необходимости (исходя из характера и обстоятельств страхового события) - выписка (справка) из медицинской организации (от частнопрактикующего врача и т.п.) о всех произведенных в период действия страхования медицинских манипуляциях Застрахованному лицу (наименование медицинских манипуляций и даты их проведения);

— в случае инфицирования Застрахованного лица при выполнении им профессиональных обязанностей – составленный медицинской организацией акт о несчастном случае на производстве с указанием даты, время, места, характера и обстоятельств «аварийной ситуации» (см. абз.3 п.2.11.1 Правил); результаты сделанного непосредственно после происшествия анализа крови Застрахованного лица на наличие антител к инфекции, которой заразилось Застрахованное лицо в результате данного происшествия (см. п. 6.1.2 Правил); при необходимости (исходя из характера и обстоятельств страхового события) - справка об объеме проведенных профилактических мероприятий;

— при необходимости (исходя из характера и обстоятельств страхового события) - выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях;

е) в случае диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания:

— медицинские документы, указанные в «Списке критических заболеваний» для соответствующего заболевания;

— если получателем страховой выплаты является лицо, отличное от Застрахованного лица, – документ, подтверждающий факт выживания Застрахованного лица в течение *периода выживания* (см. п.2.11.2 Правил), указанного в «Списке критических заболеваний» для соответствующего заболевания (например, свидетельство о смерти Застрахованного лица с датой смерти позже даты окончания периода выживания; справка медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь Застрахованному лицу, о состоянии здоровья Застрахованного лица на дату более позднюю, чем дата окончания периода выживания; и т.д.);

— при необходимости (исходя из характера и обстоятельств страхового события) - выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях;

6.2.5. Документ (заявление), предоставляющее Страховщику право полного доступа к информации медицинского характера, необходимой в соответствии с п.6.2.4 Правил для производства страховой выплаты, и освобождающее сотрудников медицинских организаций (врачей частной практики и т.п.) от обязательств конфиденциальности перед Застрахованным лицом. При этом Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе обязуется не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (за исключением случаев, предусмотренных законодательством) каким-либо третьим лицам, а также и Страхователю, если договором страхования не предусмотрен иной не противоречащий законодательству порядок соблюдения конфиденциальности.

6.3. Страховщик вправе сократить указанный в п.6.2 Правил перечень документов, если характер и обстоятельства страхового случая позволяют это сделать без потери необходимых Страховщику для производства выплаты доказательств и сведений³², или затребовать (запросить) у лица, претендующего на вы-

³² Например, в случае, когда выплата страхового возмещения по временному расстройству здоровья производится в соответствии с Таблицей выплат (см. пп.7.1.1 «а», 7.1.5, 7.1.6 Правил), то листок нетрудоспособности (больничный лист) может не предоставляться Страховщику, если его отсутствие не влияет на установление факта наступления страхового случая и на определение размера страховой выплаты.

плату страхового возмещения, (по соглашению с ним) другие (дополнительные) документы, если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным (или крайне затруднительным) для Страховщика установление факта наступления страхового случая, определение размера страховой выплаты или лица, которому надлежит выплатить страховое возмещение.

6.3.1. При необходимости Страховщик в пределах, установленных законодательством, вправе запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских организаций (врачей частной практики и т.п.) и других компетентных органов (см. п. 1.15.19 Правил), располагающих соответствующей информацией, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, проводить экспертизу предоставленных документов. Обязанность доказывания необходимости получения данной информации лежит, в случае возникновения спора, на Страховщике.

6.3.2. Представляемые Страховщику подтверждающие документы должны быть составлены на русском языке.

При наступлении страхового события (страхового случая) за пределами Российской Федерации представляемые Страховщику подтверждающие документы составляются согласно законам или практике (обычаям) того места, где произошло страховое событие и/или определяется вред, причиненный жизни или здоровью Застрахованного лица от наступления данного события; при этом Страховщику представляются подтверждающие документы, переведенные на русский язык и надлежащим образом оформленные (заверенный перевод).

6.3.3. Лицо, претендующее на выплату страхового возмещения, обязано предоставить Страховщику возможность проведения расследования в отношении страхового случая.

6.4. Факт получения Страховщиком Заявления о выплате страхового возмещения и прилагаемых к нему документов может подтверждаться, при возникновении спора, распиской уполномоченного работника Страховщика, квитанцией почтового ведомства об отправке в адрес Страховщика ценного письма с описью вложения или актом, подписываемым соответствующими уполномоченными лицами.

6.5. В течение 20 рабочих дней после получения Заявления о выплате страхового возмещения с приложением всех имеющихся на дату его подачи документов по страховому событию Страховщик обязан осуществить анализ предоставленных документов, провести расследование причин и обстоятельств страхового события и принять одно из следующих решений:

- о признании факта наступления страхового случая и производстве выплаты страхового возмещения; выплата производится в соответствии с положениями п.6.5.1 Правил;

- об отсрочке в принятии определенного решения (отсрочке выплаты) в случаях (на основаниях), предусмотренных п.6.6 Правил, либо о не признании факта наступления страхового случая (отказе в выплате – п.6.7 Правил); письменное уведомление о таком решении (с обоснованием причин отсрочки (отказа)) направляется Страховщиком лицу, претендующему на получение страховой выплаты, в течение 7 рабочих дней, считая со дня принятия Страховщиком данного решения;

6.5.1. При признании факта наступления страхового случая Страховщик в течение 15 рабочих дней с даты получения всех необходимых для расчета размера страхового возмещения документов производит такой расчет и утверждает Акт о страховом случае (сокращенно — *страховой акт*) — документ, подтверждающий признание Страховщиком факта наступления страхового случая и фиксирующий размер страхового возмещения.

Страховщик производит страховую выплату в течение 10 рабочих дней с даты подписания им страхового акта.

6.5.2. Если страховая выплата не произведена в установленный Правилами (договором страхования) срок, Страховщик несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о неисполнении денежного обязательства (ст.395 ГК РФ), причем договором страхования могут быть предусмотрены другие, не противоречащие действующему законодательству, меры ответственности Страховщика или индивидуализирован размер ответственности Страховщика в рамках ст.395 ГК РФ.

6.5.3. Договором страхования или иным письменным соглашением Страховщика и Страхователя (Выгодоприобретателя) могут быть установлены иные (чем это описано выше) сроки исполнения Страховщиком обязанностей, связанных с выплатой страхового возмещения.

6.6. Страховщик принимает решение об отсрочке выплаты страхового возмещения, если:

- а) у Страховщика отсутствуют те или иные подтверждающие документы, необходимость предоставления которых для признания факта наступления страхового случая и/или исчисления размера страховой выплаты следует из причин, обстоятельств наступления страхового события или иной имеющейся информации о страховом событии (п.1.15.17.1 Правил), а также если возникла необходимость в проверке предоставленных документов и/или направлении дополнительных запросов Страхователю (Застрахованному лицу), Выгодоприобретателю, иным лицам и/или в компетентные органы (с целью подтверждения факта наступления страхового случая, определения размера страхового возмещения, установле-

ния лица, виновного в причинении (ответственного за причинение) вреда жизни или здоровью Застрахованного лица); при этом принятие решения о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате может быть приостановлено до получения Страховщиком необходимых документов (в частности, документов о результатах проверки, ответа на запрос и т.д.);

б) по фактам, связанным с наступлением страхового события, проводится разбирательство, назначена дополнительная проверка или в соответствии с действующим законодательством возбуждено расследование (например, уголовное дело) или начат судебный процесс, результаты чего могут повлиять на принятие Страховщиком решения в отношении страховой выплаты (см., например, п.2.15.1 «а», «г» Правил); при этом принятие решения о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате может быть приостановлено до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, препятствовавших принятию Страховщиком решения;

в) между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) возник неурегулированный спор (разногласия) о причинах и/или прочих обстоятельствах страхового события, размере страхового возмещения и т.п.; при этом принятие решения о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате может быть приостановлено до урегулирования такого спора (разногласий) (например, до получения заключения результатов экспертной комиссии, вынесения судебного решения и т.д.);

г) имеются обоснованные сомнения в правомочиях получателя выплаты на получение страхового возмещения; при этом выплата не производится до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства соответствующих прав (полномочий) получателя выплаты;

д) Страховщик предъявил исковое требование о признании договора страхования недействительным по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации; при этом принятие решения о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате приостанавливается до вынесения судебного решения;

е) компетентными органами признана недостаточность информации для подтверждения факта наступления события, имеющего все признаки страхового случая; при этом принятие решения о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате может быть приостановлено до получения информации, достаточной для принятия решения.

6.7. Страховщик вправе принять решение об отказе в страховом возмещении полностью (или в соответствующей части) в случаях, если:

а) произошедшее событие не является страховым случаем, входит в состав исключений (изъятий) из объема страхового покрытия (см. раздел 2 Правил);

б) предоставленные лицом, претендующим на выплату страхового возмещения, документы не позволяют Страховщику установить однозначную картину наступления страхового события (например, невозможно достоверно определить дату (период) и/или место и/или характер и/или причины и/или обстоятельства наступления страхового события, что не позволяет признать его страховым случаем);

в) не соблюден срок извещения Страховщика о страховом случае (страховом событии), оговоренный в договоре страхования (см. пп.6.1 — 6.1.3 Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК РФ);

г) Застрахованное лицо не могло быть принято на страхование согласно условиям настоящих Правил и/или договора страхования (см. пп. 5.5, 5.6.1 Правил);

д) Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) или его(их) представителем(ями) нарушены обязанности по договору страхования — в той части, в какой это может сказаться на обязанности Страховщика произвести страховую выплату (например, препятствование Страховщику Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) или его(их) представителем(ями), иным лицом, претендующим на выплату страхового возмещения) в расследовании страхового события; предоставления ими заведомо ложных доказательств и сведений (фальсифицированных документов) о страховом событии; не предоставление Страховщику документов и сведений, подтверждающих факт наступления страхового случая;

е) не подтверждения факта наступления страхового случая соответствующими характеру события компетентными органами (если необходимость такого подтверждения следует из характера и обстоятельств страхового события);

ж) в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и/или не противоречащими ему условиям Правил и договора страхования.

6.8. Если иное не оговорено в договоре страхования, в случае смерти Застрахованного лица и/или названного в договоре страхования Выгодоприобретателя – физического лица действуют следующие положения по выплате страхового возмещения (дополнительно к п.1.9 Правил):

а) В случае, если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по своевременно заявленным страховым случаям, выплата производится его наслед-

никам в соответствии с нормами гражданского законодательства (при предъявлении ими Страховщику свидетельства о праве на наследство);

б) В случае, если Выгодоприобретатель – физическое лицо умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по своевременно заявленным страховым случаям, выплата производится его наследникам в соответствии с нормами гражданского законодательства (при предъявлении ими Страховщику свидетельства о праве на наследство);

в) В случае, если Выгодоприобретатель – физическое лицо умер ранее Застрахованного лица и не был заменен на другое лицо (то есть другое лицо не было назначено Выгодоприобретателем), то выплата производится:

– Застрахованному лицу - по страховым случаям, не связанным со смертью Застрахованного лица;

– наследникам Застрахованного лица в соответствии с нормами гражданского законодательства (при предъявлении ими Страховщику свидетельства о праве на наследство) - по страховым случаям, связанным со смертью Застрахованного лица;

г) В случае, если Выгодоприобретатель – физическое лицо умер одновременно с Застрахованным лицом, то выплата производится наследникам Застрахованного лица в соответствии с нормами гражданского законодательства (при предъявлении ими Страховщику свидетельства о праве на наследство).

6.9. В случае если договор страхования заключен в пользу лица, которое к моменту страховой выплаты является недееспособным или ограниченным в дееспособности, страховая выплата производится его законному представителю (см. п.1.12 Правил).

6.10. При страховании от несчастного случая — для ситуаций, когда нет сведений о Застрахованном лице, позволяющих установить его местонахождение, — действуют следующие положения:

— при объявлении судом Застрахованного лица умершим страховое возмещение подлежит выплате при условии, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью и дающих основание предполагать его гибель от несчастного случая, на который распространяется действие страхования, и день его исчезновения (предполагаемой гибели) приходится на период действия страхования (страховой защиты);

— при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим страховое возмещение не выплачивается.

6.11. При наступлении страхового случая в виде временного расстройства здоровья Застрахованного лица Страховщик вправе (при наличии достаточных к тому правовых оснований, по согласованию с Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) (или его(их) представителем(ями)) и с соблюдением всех необходимых документальных процедур) произвести часть страховой выплаты до полного определения размера страхового возмещения, подлежащего выплате в связи с данным страховым случаем.

6.12. Страховое возмещение выплачивается независимо от сумм, причитающихся по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

6.13. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой производства страховой выплаты считается:

- дата выдачи получателю денежных средств в кассе Страховщика — при выплате наличными деньгами;
- дата списания денежных средств с расчетного счета Страховщика для перечисления на соответствующий банковский счет получателя — при выплате безналичными денежными средствами;
- дата отправления почтового перевода — при выплате почтовым переводом (перевод за счет средств получателя).

6.14. Лицо, получившее страховую выплату, обязано возвратить Страховщику полученную сумму выплаты (или соответствующую ее часть) в случае, если в течение предусмотренного законодательством срока исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону или по условиям Правил (договора страхования) полностью или частично лишает данное лицо права на эту страховую выплату.

Лицо, получившее страховую выплату, обязано вернуть Страховщику полученную сумму выплаты (или соответствующую ее часть) в течение 15 банковских дней после получения от Страховщика требования о возврате полученной суммы выплаты (или соответствующей ее части).

6.15. При «страховании с валютным эквивалентом» (см. п. 3.5 Правил) страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату страховой выплаты (перечисления), если договором страхования не предусмотрено иное.

6.16. Прочие положения о порядке выплаты страхового возмещения содержатся в иных разделах Правил.

7. РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. В случае временного расстройства здоровья (ВРЗ) Застрахованного лица страховое возмещение при наступлении страхового случая исчисляется Страховщиком:

7.1.1. По риску «ВРЗ от НС» (п.2.4.1 «а» Правил) — по одному из нижеприведенных вариантов, который согласовывается (выбирается) Сторонами при заключении договора страхования:

а) в соответствующем проценте от страховой суммы, установленном в прилагаемой к договору страхования **Таблице выплат "Телесные повреждения"** для данного телесного повреждения;

б) в соответствии с согласованным в договоре страхования размером страхового возмещения за каждый день расстройства функций организма (0,2% или 0,4% или 0,6% или 0,8% или 1% от установленной на данный риск страховой суммы) и количеством таких дней, но не может превышать согласованного в договоре страхования размера (25% или 35% или 100% от установленной на данный риск страховой суммы) — в совокупности за все периоды временного расстройства здоровья Застрахованного лица в связи с одним страховым событием (несчастным случаем); при этом:

— договором страхования может быть установлен период ожидания (неоплачиваемое количество дней расстройства функций организма) в размере 10 дней;

— дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может быть более поздней, чем дата окончания периода действия страхования.

7.1.2. По рискам «ВРЗ от ЕП» (п.2.4.1 «б» Правил), **«ВРЗ от НС/ЕП»** (п.2.4.1 «в» Правил) — в соответствии с согласованным в договоре страхования размером страхового возмещения за каждый день расстройства функций организма (0,2% или 0,4% или 0,6% или 0,8% или 1% от установленной на данный риск страховой суммы) и количеством таких дней, но не может превышать согласованного в договоре страхования размера (25% или 35% или 100% от установленной на данный риск страховой суммы) — в совокупности за все периоды временного расстройства здоровья Застрахованного лица в связи с одним страховым событием (несчастным случаем, острым заболеванием); при этом:

— договором страхования может быть установлен период ожидания (неоплачиваемое количество дней расстройства функций организма) в размере 10 дней;

— дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может быть более поздней, чем дата окончания периода действия страхования.

7.1.3. По риску «ВРЗ от НС/ЕП с госпитализацией» (п.2.4.1 «г» Правил) — в соответствии с согласованным в договоре страхования размером страхового возмещения за каждый день нахождения Застрахованного лица в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (1% или 2% от установленной на данный риск страховой суммы) и количеством таких дней, но не может превышать согласованного в договоре страхования размера (30% или 100% от установленной на данный риск страховой суммы) — в совокупности за все периоды нахождения Застрахованного лица в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения в связи с одним страховым событием (несчастным случаем, острым заболеванием); при этом:

— дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может быть более поздней, чем дата окончания периода действия страхования.

7.1.4. По рискам «ВРЗ+ИНВ+СМ от НС» (п.2.4.6 «а» Правил), **«ВРЗ+ИНВ+СМ от ЕП»** (п.2.4.6 «б» Правил), **«ВРЗ+ИНВ+СМ от НС/ЕП»** (п.2.4.6 «в» Правил) — в соответствии с согласованным в договоре страхования размером страхового возмещения за каждый день расстройства функций организма (0,2% или 0,4% или 0,6% или 0,8% или 1% от установленной на данный риск страховой суммы) и количеством таких дней, но не может превышать согласованного в договоре страхования размера (20% или 30% от установленной на данный риск страховой суммы) — в совокупности за все периоды временного расстройства здоровья Застрахованного лица в связи с одним страховым событием (несчастным случаем, острым заболеванием); при этом:

— договором страхования может быть установлен период ожидания (неоплачиваемое количество дней расстройства функций организма) в размере 10 дней;

— дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может быть более поздней, чем дата окончания периода действия страхования.

7.1.5. По риску «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.6 «г» Правил) **в случае возникновения осложнения течения беременности и/или родов (родоразрешения)** — в соответствующем проценте от страховой суммы, установленном для данного осложнения в прилагаемой к договору страхования **Таблице выплат «Беременность, роды (родоразрешение)»**; при этом:

— суммарный размер страхового возмещения в отношении временного расстройства здоровья Застрахованного лица за весь срок действия страхования не может превышать 50% от страховой суммы.

7.1.6. По риску «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.6 «д» Правил) в случае возникновения осложнения в связи с проведением плановой медицинской манипуляции — в соответствующем проценте от страховой суммы, установленном для данного осложнения в прилагаемой к договору страхования Таблице выплат «Осложнения, возникшие в связи с проведением плановой медицинской манипуляции»; при этом:

— суммарный размер страхового возмещения в отношении временного расстройства здоровья Застрахованного лица за весь срок действия страхования не может превышать 50% от страховой суммы.

7.2. При страховании по рискам, входящим в группу рисков «УПТ» (п.2.4.2 Правил): в случае утраты профессиональной трудоспособности Застрахованным лицом размер страхового возмещения составляет тот же процент от страховой суммы, какой составляет установленный компетентным органом процент (степень) утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности вследствие наступления страхового события (см. п.1.15.6 Правил).

7.3. При страховании по рискам, входящим в группу рисков «ИНВ» (п.2.4.3 Правил): в случае установления Застрахованному лицу инвалидности размер страхового возмещения определяется в процентах от страховой суммы в соответствии с одним из нижеприведенных вариантов (с учетом положений п.7.9.4 Правил), который согласовывается Сторонами при заключении договора страхования:

а) Вариант 1: инвалидность: I группа – 100%, II группа – 60%, III группа – 30%; категория «ребенок-инвалид» - 100%;

б) Вариант 2: инвалидность: I группа – 100%, II группа – 75%, III группа – 50%; категория «ребенок-инвалид» - 100%;

в) Вариант 3: инвалидность: I группа – 100%, II группа – 100%; категория «ребенок-инвалид» - 100%.

7.4. При страховании по рискам, входящим в группу рисков «СМ» (п.2.4.4 Правил): в случае смерти Застрахованного лица размер страхового возмещения составляет 100% от страховой суммы, установленной для данного риска.

7.5. При страховании по рискам, входящим в группу рисков «ИНВ+СМ» (п.2.4.5 Правил): в случае смерти Застрахованного лица или установления Застрахованному лицу инвалидности размер страхового возмещения определяется в процентах от страховой суммы в соответствии с одним из нижеприведенных вариантов (с учетом положений п.7.9.4 Правил), который согласовывается Сторонами при заключении договора страхования:

а) Вариант 1: смерть – 100%; инвалидность: I группа – 100%; II группа – 60%; III группа – 30%; категория «ребенок-инвалид» - 60%;

б) Вариант 2: смерть – 100%; инвалидность: I группа – 100%; II группа – 75%; III группа – 50%; категория «ребенок-инвалид» - 75%;

в) Вариант 3: смерть – 100%; инвалидность: I группа – 100%; II группа – 100%; категория «ребенок-инвалид» - 100%.

7.6. При страховании по рискам, входящим в группу рисков «ВРЗ+ИНВ+СМ» (п.2.4.6 Правил): в случае смерти Застрахованного лица или установления Застрахованному лицу инвалидности размер страхового возмещения определяется в процентах от страховой суммы в соответствии с одним из нижеприведенных вариантов (с учетом положений п.7.9.4 Правил), который согласовывается Сторонами при заключении договора страхования:

а) Вариант 1³³: смерть – 100%; инвалидность: I группа – 100%; II группа – 60%; III группа – 30%; категория «ребенок-инвалид» - 60%;

б) Вариант 2: смерть – 100%; инвалидность: I группа – 100%; II группа – 75%; III группа – 50%; категория «ребенок-инвалид» - 75%.

7.7. При страховании по риску «ИНФ» (п.2.4.7 Правил): в случае инфицирования Застрахованного лица указанными в договоре страхования гемоконтактными инфекциями размер страхового возмещения составляет 100% от страховой суммы, установленной для данного риска.

Выплата страхового возмещения осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в указанный в п.2.11.1 Правил период.

7.8. При страховании по риску «Критические заболевания (КРЗ)» (п.2.4.8 Правил): в случае диагностирования у Застрахованного лица критического заболевания, указанного в прилагаемом к договору страхования «Списке критических заболеваний», размер страхового возмещения составляет 100% от страховой суммы, установленной для данного риска.

³³ данный вариант не применяется к рискам «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{БР}» (п.2.4.6 «г» Правил) и «ВРЗ+ИНВ+СМ от ОС_{ПММ}» (п.2.4.6 «д» Правил)

Выплата страхового возмещения осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в указанный в п.2.11.2 Правил период.

7.9. В отношении размера выплат действуют следующие общие положения:

7.9.1. Общая сумма страховых выплат в отношении Застрахованного лица по соответствующему застрахованному риску не может превышать страховой суммы, установленной договором страхования в отношении данного Застрахованного лица по данному риску.

7.9.2. При страховании по рискам, указанным в пп. 2.4.2, 2.4.3, 2.4.5 «а», «б», «в», 2.4.6 «а», «б», «в» Правил, общая сумма выплат по конкретному застрахованному риску по страховым случаям, явившимся следствием одного и того же страхового события (несчастного случая, заболевания), не может превышать суммы выплаты, установленной договором страхования для более «тяжелого» последствия³⁴, наступившего в связи с данным событием, т.е. страховое возмещение по конкретному застрахованному риску в связи с наступлением более «тяжелого» последствия от произошедшего события (несчастного случая, заболевания) выплачивается за вычетом сумм страховых возмещений, выплаченных ранее по данному риску в отношении данного Застрахованного лица в связи с наступлением более «легких» по степени тяжести последствий от данного события.

7.9.2.1. При страховании по рискам, указанным в пп. 2.4.5 «г», «д», 2.4.6 «г», «д» Правил, в случае установления инвалидности (изменения группы инвалидности) Застрахованному лицу или смерти Застрахованного лица вследствие осложнений (осложнений течения беременности и/или родов (родоразрешения) - при страховании по рискам, указанным в пп. 2.4.5 «г», 2.4.6 «г» Правил; осложнений, возникших в связи с проведением плановой(ых) медицинской(их) манипуляции(ий)), - при страховании по рискам, указанным в пп. 2.4.5 «д», 2.4.6 «д» Правил) из суммы страхового возмещения удерживаются (вычитаются) все ранее произведенные страховые выплаты по данному риску (независимо от вида осложнения(ий), повлекшего(их) установление (изменение) группы инвалидности или смерть).

7.9.3. При страховании от несчастных случаев и/или естественных причин — если смерть Застрахованного лица наступила в течение 5-ти суток с даты наступления страхового события (несчастного случая, заболевания), то выплата страхового возмещения в отношении временного расстройства здоровья Застрахованного лица не производится (только в отношении смерти).

7.9.4. При страховании на случай инвалидности Застрахованного лица (см. также п. 5.5 «б» Правил) — если на момент заключения договора страхования Застрахованное лицо в возрасте от 18 лет и старше уже имело инвалидность, то при установлении Застрахованному лицу более «высокой» группы инвалидности в результате наступления страхового события размер страхового возмещения составляет $\frac{3}{4}$ от размера страхового возмещения, соответствующего установленной Застрахованному лицу группе инвалидности в соответствии с согласованным Сторонами при заключении договора страхования вариантом выплаты страхового возмещения (см. пп. 7.3, 7.5, 7.6 Правил).

7.9.5. При страховании на случай временного расстройства здоровья от естественных причин — в случае временного расстройства здоровья Застрахованного лица в связи с одновременным развитием разных заболеваний, покрываемых страхованием, размер страхового возмещения исчисляется Страховщиком как по одному страховому случаю с периодом временного расстройства здоровья, определяемым с даты обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию (к частнопрактикующему врачу и т.п.) с первым заболеванием до даты выздоровления (восстановления или стабилизации функций организма) Застрахованного лица либо установления ему инвалидности либо его смерти.

7.9.6. Если к моменту производства страховой выплаты страховая премия по договору страхования уплачена не полностью, Страховщик при выплате страхового возмещения удерживает оставшуюся (неуплаченную) часть страховой премии, если договором страхования не предусмотрено иное.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

8.1.2. Ознакомиться с настоящими Правилами (условиями договора страхования), получить любые разъяснения по заключаемому (заключенному) договору страхования;

³⁴ В частности, к последствиям с учетом степени их тяжести (ранжировано по возрастанию) относятся:

— для лиц в возрасте до 18 лет: временное расстройство здоровья → установление категории «ребенок-инвалид» → смерть;

— для лиц в возрасте от 18 лет и старше:

- временное расстройство здоровья → установление инвалидности III группы → установление инвалидности II группы → установление инвалидности I группы → смерть;
- при страховании по риску «УПТ» (п.2.4.2 Правил): установление более «высокого» процента (степени) утраты профессиональной трудоспособности.

8.1.3. Заключать договоры страхования в отношении других лиц (Застрахованных лиц).

8.1.4. При заключении договора страхования не в пользу Застрахованного лица — назначить Выгодоприобретателя с письменного согласия Застрахованного лица (в соответствии с пп. 1.9- 1.10.1 Правил).

8.1.5. С письменного согласия Застрахованного лица заменить Застрахованное лицо и/или Выгодоприобретателя (в соответствии с пп. 1.8, 1.11 Правил).

8.1.6. На согласование условий договора страхования при его заключении и изменение их по соглашению со Страховщиком в период действия договора, если эти изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

8.1.7. На досрочное расторжение договора страхования, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай (см. п.5.8.6 Правил).

8.1.8. На выплату при наступлении страхового случая страхового возмещения надлежащему лицу (см. п. 1.13 Правил) в соответствии с условиями договора страхования (Правил).

8.1.9. Получить дубликат Полиса («Договора») в случае его утраты (см. п.5.3.3 Правил);

8.1.10. Требовать надлежащего исполнения Страховщиком его обязательств по договору страхования;

8.1.11. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными Правилами, договором страхования или действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Страхователь (в соответствующей части Выгодоприобретатель и Застрахованное лицо – см. пп.8.2.1 — 8.2.6 Правил) **обязан:**

8.2.1. Уплатить (уплачивать) страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

8.2.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику запрашиваемые им сведения о Застрахованном(ых) лице(ах) (включая сведения медицинского характера), о всех обстоятельствах, имеющих значение для определения степени страхового риска, и предоставить необходимые для заключения договора страхования документы (см. пп. 5.4 - 5.4.3 Правил);

8.2.3. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, (телефонограммой, по электронной почте, по факсу и т.д.) о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора (пп. 5.4 – 5.4.3 Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска (см. также пп.8.4.5, 8.4.6 Правил).

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в Правилах или договоре страхования («Договоре» и/или Полисе). К таким изменениям, например, при страховании работника от несчастного случая на время его производственной деятельности (исполнения им своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей) могут быть отнесены, если договором страхования не оговорено иное,³⁵ изменения характера деятельности работника или места (территории) осуществления данной деятельности, если соответствующие изменения влекут увеличение степени страхового риска.

Письменное подтверждение сообщения должно быть направлено в адрес Страховщика (с учетом реквизитов Страховщика согласно информации, содержащейся в договоре страхования) посредством почтовой или телеграфной связи, современных средств быстрой связи или вручено представителю Страховщика непосредственно в течение 5-ти рабочих дней (если иной срок не предусмотрен условиями договора страхования) с даты, когда Страхователю стала известна информация, подлежащая сообщению Страховщику. Факт надлежащего исполнения данной обязанности, в случае возникновения спора, может быть подтвержден письменным доказательством (квитанцией, распиской, подтверждением получения сообщения по электронной почте и т.д.).

Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования указаны в пп. 8.4.5, 8.4.6 Правил (данные последствия могут наступить, только если они прямо предусмотрены в договоре страхования - п.5 ст.959 ГК РФ).

8.2.4. При наступлении страхового случая (страхового события) — известить об этом Страховщика в соответствии с положениями пп. 6.1 - 6.1.3 Правил.

8.2.5. Предоставить Страховщику всю необходимую информацию о произошедшем страховом событии (страховом случае), а также все необходимые документы (см. раздел 6 Правил) для установления факта страхового случая, определения размера страховой выплаты и ее надлежащего получателя.

8.2.6. Предоставить Страховщику возможность проведения расследования в отношении страхового события (страхового случая).

³⁵ иные значительные изменения в обстоятельствах, влияющих на увеличение степени страхового риска, или же отказ Страховщика от учета изменения степени страхового риска в период действия страхования

8.2.7. Своевременно оформить у Страховщика все необходимые изменения, вносимые в договор страхования (например, замену Застрахованного(ых) лица(лиц) - п.1.8 Правил, замену Выгодоприобретателя(ей) - п.1.11 Правил, прекращение действия страхования в отношении отдельного(ых) Застрахованного(ых) лица(лиц) - п.5.10 – 5.10.3 Правил).

8.2.8. Довести до сведения Застрахованных лиц (Выгодоприобретателей) соответствующие положения настоящих Правил и условия страхования по договору (исходя из содержания прав и обязанностей по договору страхования, которые могут быть распространены на Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя)).

8.2.9. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные Правилами (договором страхования).

8.3. Застрахованное лицо имеет право:

8.3.1. При заключении договора страхования в свою пользу (см. п.1.9 Правил) — на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая в размере и порядке, установленными условиями договора страхования;

8.3.2. При назначении (замене) Выгодоприобретателя по договору страхования — дать письменное согласие на его назначение (замену).

8.3.2. Дать письменное согласие на замену Застрахованного лица другим лицом (новым Застрахованным лицом) на оставшийся срок действия договора страхования.

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1. Запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) сведения и документы, необходимые для заключения и исполнения договора страхования (см. разделы 5, 6 Правил), в том числе требовать медицинского освидетельствования (обследования) принимаемого на страхование лица (Застрахованного лица) при заключении договора страхования и/или при наступлении страхового случая (в любом случае эксперти Страховщика не должны создаваться препятствия для обследования состояния здоровья принимаемого на страхование лица (Застрахованного лица)).

8.4.2. Проверять достоверность сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении договора страхования или в период его действия сведений действительным обстоятельствам.

8.4.3. Отказать (полностью или в соответствующей части) в страховой выплате в случаях, указанных в п.6.7 Правил.

8.4.4. Отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случаях, указанных в п. 6.6 Правил.

8.4.5. Если это прямо предусмотрено условиями договора страхования — при уведомлении Страховщика в период действия договора страхования об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, (см. п.8.2.3 Правил) потребовать (см. п.2 ст.959 ГК РФ):

— изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска;

— расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ, если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии; Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали (п. 4 ст.959 ГК РФ).

8.4.6. Если это прямо предусмотрено условиями договора страхования — при неисполнении Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанности, указанной в п.8.2.3 Правил, потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора (см. п.3 ст.959, п.5 ст.453 ГК РФ); Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали (п. 4 ст.959 ГК РФ).

8.4.7. Осуществлять обработку (сбор, систематизацию, использование, передачу, обновление и т.д.), в том числе с применением средств автоматизации, персональных данных Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), его(их) представителя(ей) в целях заключения и исполнения договора страхования, а также совершения действий, направленных на соблюдение соответствующих правовых норм, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.4.8. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными Правилами (договором страхования) или действующим законодательством Российской Федерации.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и выдать ему экземпляр Правил, если договор страхования содержит указание на применение Правил (см. п. 1.17 Правил).

8.5.2. Разъяснять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) условия страхования, предоставлять консультации по вопросам осуществления страхования, в том числе по оформлению документов, необходимых для страховой выплаты;

8.5.3. Оформить договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами (см. пп.5.3 – 5.3.1.1 Правил);

8.5.4. Не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.5.5. В случае утраты Страхователем Полиса и/или «Договора» в период их действия — по требованию Страхователя выдать в течение 3-х рабочих дней дубликат соответствующего страхового документа;

8.5.6. При получении письменных предложений (заявлений) Страхователя об изменении условий договора страхования — в течение 3-х рабочих дней рассмотреть их и сообщить о принятом решении Страхователю;

8.5.7. Произвести страховую выплату в порядке и срок, установленные в соответствии с положениями пп.6.5 – 6.5.3 Правил.

8.5.8. Страховщик обязан при оформлении и вручении страхового Полиса (Договора) доводить до Страхователя (застрахованного лица) как получателя страховых услуг информацию, подлежащую раскрытию страховой организацией согласно требованиям Внутренним стандарта ВСС в форме обязательной ПАМЯТКИ.

8.5.9. Информация, подлежащая раскрытию страховой организацией при заключении договора страхования, доводится до получателя страховых услуг (страхователя, застрахованного лица) в соответствии со следующими принципами: на равных правах и в равном объеме для всех получателей страховых услуг, без несения получателями страховых услуг затрат или совершения ими дополнительных действий, не предусмотренных законодательством Российской Федерации и правилами страхования, в доступной форме, обеспечивающей разъяснение специальных терминов (в случае их наличия). При этом не допускается искажения смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

8.5.10. Памятка вручается Страхователю либо в форме отдельного документа, либо в составе страховой документации, либо в электронной форме, если договор заключается путем обмена между страховщиком и страхователем информацией в электронной форме. В случае вручения Памятки в форме отдельного документа факт ознакомления с ней должен быть подтвержден личной подписью страхователя или, в случаях предусмотренных договором страхования, личной подписью застрахованного лица под памяткой

8.5.11. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные Правилами (договором страхования).

8.6. Заключение договора страхования 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 либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен договор. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, 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.

8.7. Права и обязанности Сторон, не оговоренные в разделе 8 настоящих Правил, устанавливаются иными положениями настоящих Правил и договора страхования.

8.8. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору страхования Стороны несут ответственность, предусмотренную соответствующими положениями действующего законодательства Российской Федерации или не противоречащими им положениями договора страхования (см. также п.6.5.2 Правил).

9. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

9.1. Стороны освобождаются от исполнения своих обязательств по договору страхования, если исполнению препятствует возникшее после заключения договора страхования чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях событие — *непреодолимая сила (форс-мажор)*, которая не зависит и не может зависеть от воли Сторон по договору и относится к явлениям, причинно не связанным с их деятельностью (не вытекающим непосредственно из их деятельности).

9.2. Обязанность доказывания возникновения указанных обстоятельств лежит на Стороне, исполнению обязательств которой препятствуют возникшие обстоятельства.

9.3. Обстоятельства форс-мажора влекут за собой прекращение действия договора страхования.

10. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

10.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - физическое лицо подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») своих персональных данных, включая данные, указанные в Заявлении о страховании, «Договоре», Полисе и иных документах, представленных при заключении договора страхования и в период его действия, в целях надлежащего исполнения договора страхования и организации оказания страховых услуг, включая урегулирование убытков и осуществление страховых выплат.

Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора страхования.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления соответствующего письменного уведомления в адрес Страховщика.

10.2. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах Страховщика, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком, путем прямых контактов с помощью средств связи.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при недостижении Сторонами согласия — в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации

11.2. Права и обязательства Сторон, вытекающие из договора страхования, устанавливаются с учетом информации и положений, содержащихся в «Договоре» (Полисе), Правилах, а также в других сопровождающих заключение и исполнение договора страхования документах (заявлениях, соглашениях и т.п.).

При этом вопросы, связанные с заключением и исполнением договора страхования, не урегулированные названными в «Договоре» (Полисе) документами с учетом их установленного договором страхования приоритета, разрешаются на основании действующего гражданского законодательства Российской Федерации (в том числе путем применения сформулированных в ст.431 ГК РФ правил толкования договоров).

12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

12.1. Введение

12.1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, и с учетом положений и требований базовых стандартов: «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации» и «Базовый стандарт совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке», утвержденные Банком России (Протокол КФНП-24 от 9 августа 2018г), далее – именуемые Базовые стандарты.

12.1.2. Базовые стандарты обязательны к применению всеми страховыми организациями вне зависимости от их членства в саморегулируемой организации в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации (далее – саморегулируемая организация), и действуют в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

12.1.3. Страховщик должен обеспечивать соблюдение требований Базовых стандартов от третьего лица, действующего по ее поручению от ее имени и (или) в ее интересах, в том числе на основании гражданско-правового договора и (или) доверенности.

12.1.4. Страховщик обязан соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами при обеспечении защиты информации, полученной Страховщиком при осуществлении им страховой деятельности, включая обеспечение ее целостности, доступности и конфиденциальности, независимо от формы ее представления, а также защите персональных данных получателей страховых услуг.

12.2. Термины и определения

12.2.1. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и (или) перестрахованию и полу-

чившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

12.2.2. Страхователь – юридическое лицо или физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

12.2.3. Получатель страховых услуг – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

12.2.4. Страховые услуги – финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

12.2.5. Страховой агент – физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

12.2.6. Официальный сайт – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

12.2.7. Личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте страховой организации, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со страховой организацией.

12.2.8. Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

12.2.9. Обращение (жалоба) – направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

12.2.10. Застрахованное лицо :

- физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;
- физическое или юридическое лицо, финансовый риск которого застрахован по договору страхования финансового риска;
- физическое или юридическое лицо, риск ответственности которого застрахован по договору страхования ответственности.

12.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг

12.3.1. Информация, подлежащая раскрытию Страховщиком (представителем страховщика) доводится до получателей страховых услуг в соответствии с принципами: на равных правах, в равном объеме для всех, в доступной форме на русском языке, без затрат или совершения дополнительных действий, не предусмотренных законодательством РФ, при этом не допускается искажение смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

12.3.2. Страховщик (представитель страховщика) до заключения договора страхования обязан предоставить информацию о страховых услугах любому обратившемуся за ней лицу без исключений (либо потенциальному получателю страховых услуг для ознакомления при заключении с ним договора страхования, либо при обращении с намерением заключить договор страхования) в устной бумажной или электронной форме, в том числе посредством сети «Интернет» на сайте Страховщика.

12.3.3. При заключении договора страхования получателю страховых услуг (Страхователю) предоставляется следующая информация:

- 1) об основных условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- 2) о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, о последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- 3) о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя, если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг.

6) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

12.3.4. Основными принципами предоставления информации рекламного характера о деятельности страховой организации являются законность, добросовестность, достоверность и полнота сообщаемых сведений.

12.3.5. Информация рекламного характера не должна содержать каких-либо текстовых, звуковых или визуальных обращений или заявлений, которые прямо или косвенно, посредством замалчивания, двусмысленности или преувеличения, могут ввести получателя страховых услуг в заблуждение, в частности, в отношении условий страховых услуг, которые могут повлиять на выбор получателя страховых услуг.

12.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг

12.4.1. Получатель страховых услуг должен быть проинформирован о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении договора страхования, или об ином порядке заключения договора страхования, расторжения договора, или отказа Страхователя от договора страхования.

12.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у получателя страховых услуг других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг (например, страхования рисков заемщиков кредита при наличии кредитного договора).

12.4.3. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление страхователя о возврате уплаченной страховой премии части страховой премии.

Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, либо посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика.

12.4.4. По запросу, позволяющему идентифицировать получателя страховых услуг, Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный страховой организацией расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

12.4.5. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

12.4.6. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то Страховщик информирует Страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия

имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

12.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 12.3.3, 12.4.5 и 12.4.6 фиксироваться любым из следующих способов:

- 1) подписью получателя страховых услуг;
- 2) проставлением получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме в личном кабинете (при его наличии);
- 3) аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой страховой организацией с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

12.4.8. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

12.5. Полномочия и условия совершения операций, связанных с заключением, расторжением и исполнением договора страхования

12.5.1. Для заключения от имени Страховщика договора страхования работник страховщика, страховой агент (страховой брокер) должны иметь необходимые полномочия.

Для выполнения иных действий по оформлению договора страхования работнику страховщика доверенность не требуется.

12.5.2. При подписании договора страхования работником страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора страхования должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

12.5.3. Страховой агент (страховой брокер), представляя Страховщика в отношениях со Страхователем при заключении договора страхования, действует от имени Страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Такие полномочия определяются и подтверждаются заключенным со страховщиком гражданско-правовым договором (договор поручения, договор агентирования, договор об оказании услуг страхового брокера) и (или) доверенностью на заключение договоров страхования.

12.5.4. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником страховщика) лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

12.5.5. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

12.5.6. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

12.5.7. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

12.5.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

12.5.9. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со страхователем при заключении договора страхования.

12.5.10. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных

преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

12.5.11. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

12.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулировании требований о страховой выплате

12.6.1. Страховщик при заключении договора страхования информирует получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

12.6.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения.

12.6.3. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

12.6.4. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

12.6.5. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

12.6.6. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

12.6.7. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

12.6.8. В случае наличия в договоре и (или) правилах страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества страховая организация предоставляет получателю стра-

ховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

12.6.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

12.6.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе..

12.6.11. Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

12.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

12.7.1. Подлежат обязательному рассмотрению Страховщиком обращения получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, а также запросы и обращения, поступившие в рамках обязательного взаимодействия с финансовым уполномоченным (согласно ст. 28 федерального закона от 04.06.2019 №123-ФЗ).

12.7.2. Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех рабочих дней, при этом . Страховщик информирует получателя страховых услуг о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по запросу получателя страховых услуг).

12.7.3. Предельный срок рассмотрения обращения составляет тридцать дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем получатель страховых услуг должен быть письменно уведомлен страховой организацией в установленный для рассмотрения обращений срок.

12.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 12.7.5.

Ответ на обращение подписывается руководителем страховой организации или иным уполномоченным лицом и подлежит обязательной регистрации.

12.7.5. Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

- 1) в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- 2) текст обращения не поддается прочтению;
- 3) в обращении содержатся только те вопросы, на которые получателю страховых услуг ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- 4) в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу страховой организации, имуществу, жизни и (или) здоровью работников страховой организации, а также членов их семей;
- 5) обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;
- 6) из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

12.7.6. Страховщик обязан ежегодно представлять в саморегулируемую организацию отчет об обращениях получателей страховых услуг за календарный год в порядке, установленном внутренним документом саморегулируемой организации.