



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

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

(№ 1300/003) ¹

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
7. УСЛОВИЯ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
9. ПОРЯДОК, РАЗМЕРЫ И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ
11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ
12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

ПРИЛОЖЕНИЯ:

¹. Указанный номер **1300** 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.

1.1. Субъекты страхования.

1.1.1. **Страховщик** – АО «Страховая компания «Астро-Волга», осуществляющее страховую деятельность на основании лицензии, выданной в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.1.2. **Страхователи** – юридические лица, дееспособные физические лица и дееспособные физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуального предпринимателя, заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.1.3. **Выгодоприобретатель** – физическое или юридическое лицо, названное с письменного согласия Застрахованного в договоре страхования в качестве получателя страхового возмещения.

1.1.4. **Застрахованное лицо** – физическое или юридическое лицо, риск ответственности которого застрахован по договору страхования ответственности.

1.1.5. **Получатель страховых услуг (Застрахованный)** – 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.

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

1.1.7. **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.

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

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

1.1.10. **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;

1.1.11. **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.

1.2. Основные понятия, используемые в рамках настоящих Правил страхования:

1.2.1. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

1.2.2. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному или Выгодоприобретателю.

1.2.3. **Страховая сумма** – определенная договором денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии и страхового возмещения.

1.2.4. **Страховая премия** (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

1.2.5. **Страховое возмещение** – денежная сумма, в пределах установленной договором страхования страховой суммы, которую Страховщик в соответствии с договором страхования должен выплатить Застрахованному или Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

1.2.6. **Несчастный случай** – необычное, непредвиденное, непреднамеренное специфическое событие, которое происходит в определенный момент времени и определенном месте и влечет ущерб здоровью Застрахованного в виде повреждения органов и тканей или его непроизвольную

смерть в результате внешнего, насильственного, внезапного и неподконтрольного жертве воздействия (взрыва; действия электрического тока; удара молнии; нападения злоумышленников или животных; падения предметов на Застрахованного; падения самого Застрахованного; попадания в дыхательные пути инородного тела; острого отравления ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, лекарствами, ядовитыми газами; движения средств транспорта или их крушения; пользования движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; неправильных медицинских манипуляций; воздействия высоких или низких температур, химических веществ, укуса животных или насекомых), заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), клещевым Лайм-боррелиозом, полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом, внематочная беременность или патологические роды (только непредвиденная, внеплановая, экстренная полостная операция, приведшая к удалению органов матки, обеих или единственной трубы, яичников).

1.2.7. Болезнь - заболевание, впервые диагностированное квалифицированным врачом, на основании объективных симптомов у Застрахованного в течение срока действия договора страхования.

1.2.8. Временная нетрудоспособность - неспособность Застрахованного вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором (контрактом).

1.2.9. Ребенок-инвалид – лицо, которому установлена категория «ребенок-инвалид», в возрасте от 6 месяцев до 18 лет.

1.2.10. Острое заболевание - заболевание Застрахованного в период страхования, повлекшее оказание неотложной медицинской помощи и экстренную госпитализацию Застрахованного в связи с наличием угрозы для его жизни на момент обращения.

Госпитализацией является помещение больного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования или плановой операции; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.2.11. Профессиональная трудоспособность - способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии.

1.2.12. Франшиза - предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения убытков страхователя, не превышающих заданной величины.

Условная франшиза подразумевает, что если убыток по страховому случаю не превысил размера оговоренной франшизы, то страховщик по такому убытку не выплачивает. В том случае если убыток превысил размер франшизы, то такой убыток возмещается полностью.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчете страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

1.2.13. Инфекционное заболевание – заболевание, источником заражения которого является человек или животное, нозологической формы: дифтерия, коклюш, скарлатина, лептоспироз, менингококковая инфекция, малярия, ГЛПС, ботулизм, сибирская язва, сыпной тиф, чума, холера, корь, краснуха, ветряная оспа, оспа натуральная, столбняк, паротит.

1.2.14. Дорожно-транспортным происшествием является событие (транспортная авария), произошедшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или пострадали люди.

1.3. На основании настоящих правил страхования (далее по тексту - Правила) и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту - Договор) со Страхователями. Страховщик в праве на основе настоящих Правил формировать Дополнительные условия договора (полиса) страхования или Выдержки из Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в которой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие Дополнительные условия или Выдержки из Правил прилагаются к Договору страхования наряду с настоящими Правилами страхования и являются его неотъемлемой частью.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, профессиональной трудоспособности Застрахованного.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. Договор, заключенный на основании настоящих Правил, по соглашению сторон, может включать следующие риски:

3.1.1. Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования и сопровождающаяся регулярным осмотром по назначению врача (**ВН**);

3.1.2. Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованному или установление категории «ребенок-инвалид» в связи с несчастным случаем, происшедшего с Застрахованным в период страхования (**ИН**);

3.1.3. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования (**СН**);

3.1.4. Временная нетрудоспособность Застрахованного, обусловленная лечением в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного (пенсионера, ребенка, студента и т.д.) в результате болезни Застрахованного в период страхования и сопровождающаяся регулярным осмотром по назначению врача (**ВБ**);

3.1.5. Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованному или установление категории «ребенок-инвалид» в результате болезни Застрахованного в период страхования (**ИБ**);

3.1.6. Смерть в результате болезни Застрахованного в период страхования (**СБ**);

3.1.7. Постоянная утрата профессиональной трудоспособности Застрахованного - невозможность занятия своей привычной деятельностью, которой Застрахованное лицо занималось до наступления несчастного случая или болезни (**ПНБ**), а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой он может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, произошедшим в период действия договора, и установленная в течение 1 года со дня несчастного случая или установления диагноза или установление ему инвалидности вследствие профессионального заболевания, а также смерть Застрахованного вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора. Порядок установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности или профессионального заболевания определяется законами и иными нормативными документами Российской Федерации;

3.1.8. Госпитализация Застрахованного вследствие несчастного случая или острого заболевания (**ГНБ**).

3.1.9 Смерть Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия (**С_{дтп}**);

3.1.10 Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованному или установление категории «ребенок-инвалид» в результате дорожно-транспортного происшествия (**И_{дтп}**);

3.1.11 Травма (телесные повреждения) Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия, предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (**Т_{дтп}**)

3.1.12 Травма (телесные повреждения) Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая, предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (**ТН**).

3.2. События, предусмотренные пунктами 3.1.2., 3.1.3., 3.1.5., 3.1.6., 3.1.9, 3.1.10, настоящих Правил и явившиеся следствием несчастного случая или причин иных, чем несчастный случай, происшедших в период страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня несчастного случая или причин иных, чем несчастный случай.

3.3. Договор заключается на случай наступления одного или нескольких событий из указанных в пунктах 3.1.1. – 3.1.12. настоящих Правил, однако, событие, указанное в пункте 3.1.4. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.1. настоящих Правил, событие, указанное в пункте 3.1.5. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.2. настоящих Правил, а событие, указанное в пункте 3.1.6. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.3. настоящих Правил.

По рискам, указанным в п.п. 3.1.4., 3.1.5., 3.1.6., 3.1.8 Договор не может быть заключен в отношении лиц старше 65 лет, если иное не предусмотрено Договором.

4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ.

4.1. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, если ущерб, причиненный здоровью Застрахованного, или его смерть наступили в результате прямых или косвенных последствий следующих событий и/или заболеваний:

а) самоубийство (за исключением случаев, указанных в п.3 ст. 963 ГК РФ), попытка самоубийства, (за исключением доведения до самоубийства, что должно быть подтверждено решением суда) или членовредительство Застрахованного в возрасте 16 лет и старше, или иные умышленные действия Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя, направленные на наступление страхового случая, а также перечисленные выше действия, совершённые Застрахованным в невменяемом состоянии;

б) алкогольного, наркотического или токсического опьянения, независимо от степени опьянения;

в) ВИЧ-инфекцией, СПИД, психического заболевания, во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);

г) управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, (за исключением случаев, предусмотренных Договором (полисом), управления транспортным средством под руководством инструктора в процессе обучения с целью получения специального разрешения на право управления) и/или соответствующего разрешения правомочного законного владельца транспортного средства) или передачи Застрахованным права управления транспортным средством лицу, не имевшему на это права;

д) управления Застрахованным транспортным средством под воздействием сильнодействующих препаратов и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортным средством;

е) умышленных действий Застрахованного лица, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем в случае смерти застрахованного лица, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая.

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.).

4.2. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, если ущерб, причиненный здоровью Застрахованного, или его смерть наступили в результате несчастного случая, но при следующих обстоятельствах:

а) военные действия, гражданские войны, народные волнения, забастовки;

б) пребывание Застрахованного на территориях РФ в районах действия незаконных вооруженных формирований, если иное не предусмотрено в Договоре;

в) воздействие радиации в любых формах, если Договором не предусмотрено иное;

г) совершение Застрахованным противоправных действий, предусмотренных действующими Уголовным кодексом РФ или Кодексом об административных правонарушениях РФ;

д) профессиональные или регулярные занятия видами спорта, опасные хобби, такие как триал, скоростной спуск на велосипеде, паркур, рафтинг, кайтинг, кайтсерфинг, езда на мотоцикле при

температуре окружающей среды и дорожного покрытия ниже нуля градусов Цельсия, погружение под воду с аквалангом в пещеры или на глубину более 40 м, к останкам судов или строений на дне, скачки, скалолазание, спелеотуризм, если Договором не предусмотрено иное;

е) выполнение опасной работы Застрахованным, если Договором не предусмотрено иное;

ж) принятие Застрахованным лекарств или каких-либо медицинских процедур без назначения врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), в том числе незаконное производство аборта;

з) пребывание Застрахованного в местах лишения свободы в период отбывания наказания или нахождения под следствием, в изоляторах временного содержания.

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховым случаям также не признается временная нетрудоспособность в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная нетрудоспособность в связи с беременностью или её прерыванием, лечением зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств, заболеваний приобретенных при проведении лечения методами нетрадиционной медицины.

Страховое возмещение не выплачивается, если Застрахованный по Договору, предусматривающему выплату страхового возмещения в связи со смертью или установлением инвалидности в результате болезни, умер или ему была установлена инвалидность от следующих заболеваний, по поводу которых он в течение 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора в силу, обращался за медицинской помощью или состоял на диспансерном учете в лечебном учреждении: заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертония, врожденные пороки сердца, ревматизм, аневризмы сердца и сосудов, коронарно-артериальные заболевания, кардиосклероз с явлениями недостаточности кровообращения); заболевания нервной системы (церебро-васкулярные заболевания, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера); заболевания дыхательной системы (астма, хронические заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью, туберкулез легких); злокачественные заболевания любой локализации; цирроз печени; заболевания почек (нефрит, нефроз); сахарный диабет; неспецифический язвенный колит; если иное не предусмотрено Договором.

При пролонгации Договора, заключенного на срок не менее одного года, на прежних условиях, данное исключение теряет силу.

4.4. События, указанные в п.3.1.7., 3.1.8, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми событиями, если заболевание было впервые диагностировано в период действия договора страхования.

Указанные в пункте 3.1.7. настоящих Правил события не являются страховыми случаями, если до заключения Договора страхования, Застрахованный обращался в медицинское учреждение или состоял в медицинском учреждении на учете по поводу заболевания, впоследствии квалифицированного как профессиональное.

При пролонгации Договора, заключенного на срок не менее одного года, на прежних условиях, данное исключение теряет силу.

4.5. Страховое возмещение не выплачивается, если Застрахованный по Договору, в условия которого включено событие, указанное в пункте 3.1.8. настоящих Правил, в связи со следующими заболеваниями: хроническое (включая случаи обострения); профессиональное; инфекционное; передаваемое преимущественно половым путем; онкологическое; психическое, включая наркоманию и алкоголизм; врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни; системные заболевания соединительной ткани; псориаз, нейродермиты, экземы; микозы; сахарный диабет; заболевания, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими и токсическими веществами; заболевания крови (в т.ч. ВИЧ), а также госпитализация в связи с беременностью и родами, лечением бесплодия, абортами, с лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями, плановые госпитализации.

4.6. Страховщик отказывает в выплате страхового возмещения (полностью или частично), если Страхователь (Застрахованный):

а) сообщил заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного, на момент заключения Договора или на момент изменения условий Договора;

б) не сообщил об изменении рода занятий Застрахованного, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

в) сообщил заведомо ложные сведения об иных обстоятельствах, указанных в Заявлении (Анкете) на страхование, Декларации или иных анкетах Страховщика. При этом, подписывая такие документы Страхователь (Застрахованный) гарантирует достоверность сведений, изложенных в них.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

5.1. Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

5.2. В пределах общей страховой суммы по Договору могут отдельно устанавливаться лимиты ответственности Страховщика по каждому страховому риску.

5.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в период действия Договора увеличить страховую сумму путем заключения дополнительного соглашения к Договору и уплаты дополнительной страховой премии, при расчёте дополнительной страховой премии неполный месяц считается за полный.

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

5.5. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы.

5.6. Размер страховой премии (страхового взноса) исчисляется в зависимости от размера страховой суммы, страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование, срока страхования, страхового тарифа и поправочных коэффициентов, учитывающих конкретные условия страхования (пол, возраст, состояние здоровья, группу риска, зависящей от рода деятельности и условий труда, спортивных увлечений Застрахованного и/или прочих условий в зависимости от программы страхования).

5.7. Страховая премия по Договору может быть уплачена Страхователем единовременно, разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку, наличными деньгами или безналичным платежом.

5.8. Если Договором не установлено иное, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- дата поступления денежных средств в кассу Страховщика или представителю Страховщика при уплате наличными деньгами;
- дата поступления суммы денежных средств на счет Страховщика в банке при безналичных расчётах.

5.9. При страховании на срок более одного месяца, но менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера (при этом неполный месяц принимается за полный): за 1 месяц – 20%; за 2 месяца – 30%; за 3 месяца – 40%; за 4 месяца – 50%; за 5 месяцев – 60%; за 6 месяцев – 70%; за 7 месяцев – 75%; за 8 месяцев – 80%; за 9 месяцев – 85%; за 10 месяцев – 90%; за 11 месяцев – 95%.

5.10. Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в той же валюте, в которой установлена страховая сумма. При установлении в договоре страхования страховой суммы и страховой премии в иностранной валюте страховая премия (страховой взнос) уплачивается единовременно, в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату платежа, если иное не предусмотрено Договором.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Договор может быть заключен в пользу самого Страхователя или другого лица, указанного в Договоре.

6.2. Застрахованный, указанный в Договоре, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

6.3. По Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении в жизни Застрахованного обусловленного Договором страхового случая выплатить страховое возмещение Застрахованному, если в Договоре не названо другое лицо в качестве получателя страхового возмещения (Выгодоприобретатель). В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. Договор в пользу лица, не являющегося Застрахованным, в том числе в пользу Страхователя, не являющегося Застрахованным, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного.

6.5. Замена Выгодоприобретателя по Договору, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с письменного согласия Застрахованного.

6.6. Не может быть заключен Договор о страховании лиц, которые на момент заключения Договора моложе 1 года и старше 75 лет, если иное не предусмотрено Договором.

Если Застрахованный является недееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного осуществляется Страхователем по согласованию с опекуном Застрахованного.

6.7. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя по установленной Страховщиком форме. В случае заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя Договор страхования (полис) заключается путем составления одного документа, подписываемого Страховщиком и Страхователем, либо путем выдачи Страховщиком договора страхования (полиса, сертификата), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных условиях подтверждается принятием от Страховщика (представителя Страховщика) подписанного им (Страховщиком) Договора страхования (полиса). Если Страхователь – юридическое лицо, к заявлению прилагается список Застрахованных.

Страховщик вправе затребовать от Страхователя (Застрахованного) дополнительные документы с целью определения вероятности наступления страхового события. На основании представленных сведений о состоянии здоровья или медицинских данных потенциального Застрахованного, Страховщик имеет право увеличить размер страховой премии, предложить покрытие по другим рискам, уменьшить размер страховой суммы.

Страховщик также вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора.

В Договоре указываются:

- субъекты страхования;
- страховые риски;
- страховая сумма и лимиты ответственности Страховщика по страховым случаям;
- размер страховой премии;
- порядок расчета страховой выплаты;
- дата начала и срок страхования;
- время действия страхования: круглосуточно иной период времени;
- территория страхования;

6.8. Договором устанавливается размер страхового возмещения в связи с временной нетрудоспособностью Застрахованного п. 3.1.1. и п. 3.1.4 в зависимости от продолжительности лечения (вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования). При этом Договором устанавливается размер страхового возмещения, подлежащего выплате за день нетрудоспособности, и может быть определен срок, за который Страховщик не производит выплату страхового возмещения, а также предельный размер страхового возмещения по одному страховому событию.

По рискам п.п. 3.1.11, 3.1.12 размер страхового возмещения в связи с травмой Застрахованного определяется в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат» (приложение 1 к настоящим Правилам);

6.9. Если условиями Договора не оговорено иного, то при наступлении событий, указанных в п.п. 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.9., 3.1.10 выплачивается страховое возмещение согласно п. 9.3.5.

Если условиями Договора не оговорено иного, то при наступлении событий, указанных в п.п. 3.1.8 выплачивается страховое возмещение согласно п. 9.3.6.

6.10. Договором может быть установлен другой размер страхового возмещения, подлежащего выплате, а также предельный размер страхового возмещения. Страховщик вправе при заключении договора установить отложенный период до 30 первых календарных дней временной нетрудоспособности. Если договором установлен отложенный период, то дни, приходящиеся на отложенный период, не учитываются при расчете страхового возмещения.

6.11. Срок страхования, размер страховой суммы, страховые риски, на случай наступления которых осуществляется страхование, порядок уплаты страховой премии, а также период ответственности Страховщика устанавливаются по соглашению сторон.

В случае неуплаты очередного платежа в сроки, предусмотренные Договором страхования, указанный Договор страхования считается краткосрочным, соответствующим по сроку действия фактически уплаченной премии (т.е. действующим до даты очередного взноса), в случае уплаты очередного взноса вовремя до окончания его действия как краткосрочного договора, Договор действует в первоначально определенные сроки.

6.12. При коллективном страховании застрахованные лица могут быть указаны поименно или по списку, в котором Застрахованные лица объединены по какому-либо признаку. В частности, Застрахованными лицами могут быть физические лица, состоящие в трудовых отношениях со Страхователем. Договором может быть предусмотрен список застрахованных лиц, в котором указывается только номер документа, позволяющего однозначно идентифицировать личность застрахованного лица.

При изменении списка Застрахованных в сторону увеличения или уменьшения количества Застрахованных лиц производится доплата или возврат страховой премии на основании Заявления Страхователя в соответствии с заключаемым Дополнительным соглашением к Договору страхования.

6.13. Договор заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено условиями Договора.

6.14. Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) и заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как день окончания договора. Договором может быть установлен иной срок вступления Договора в силу.

По риску, указанному в п. 3.1.8 договор вступает в силу с 00 часов 00 мин 15 дня следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса.

6.15. Страхование, обусловленное Договором, распространяется на страховые события, происшедшие в течение срока действия Договора в любой момент или, если это установлено Договором, иной определённый период времени, или - при совершении Застрахованным каких-либо специфических действий (исполнение обязанностей по трудовому договору (контракту), участие в соревнованиях и тренировочных занятиях и пр.), или - во время пребывания Застрахованного в определенном месте с определенной целью (в учебном заведении во время учебного процесса и пр.) (далее по тексту – «период ответственности Страховщика»).

6.16. Если Договором не установлено иное, временем исполнения обязанностей по трудовому договору (контракту) считается время исполнения Застрахованным обязанностей по трудовому договору (контракту) как на территории Страхователя, так и вне ее в интересах Страхователя, а также время следования Застрахованного к месту работы или возвращения с места работы на транспорте Страхователя.

6.17. Договор считается недействительным, если заключен после наступления страхового случая.

6.18. Страховщик вправе отказать в страховании или отложить заключение Договора в случае, если лицо, заявленное на страхование, на дату заключения Договора страдает острым или хроническим заболеванием и/или временно нетрудоспособно.

6.19. Вся корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

7. УСЛОВИЯ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Договор досрочно прекращается в случаях:

- а)** смерти Застрахованного по причинам, указанным в разделе 4 настоящих Правил;
- б)** исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;
- в)** отказа Страхователя от Договора (в день поступления к Страховщику заявления о расторжении Договора, если в заявлении не указано иное).
- г)** при наступлении даты окончания Договора (полиса);
- д)** при ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязательств Страхователя об уплате взносов.

7.2. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменения 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.

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).

Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования, но не влечет прекращение обязательств сторон, вытекающих из договора и возникших до момента его прекращения (в том числе обязанности Страховщика произвести страховую выплату по страховым случаям, произошедшим в период действия страхования).

7.3. При отказе Страхователя от Договора по истечении срока, указанного в п. 7.2. Правил, а также в случае смерти Застрахованного по причинам, указанным в разделе 4 Правил, Страховщик производит возврат части полученной страховой премии пропорционально не истекшему сроку страхования за вычетом расходов на ведение дела и выплаченных (подлежащих выплате) сумм страхового возмещения, если Договором не предусмотрено иное.

Часть страховой премии, подлежащая возврату, рассчитывается по формуле:

$$Пв = D_{\tau} * (П_1 - П_0 * M_n / N) - B, \text{ где}$$

Пв - размер возврата части страховой премии на руки Страхователю;

D_{τ} - доля нетто-ставки в структуре тарифа;

$П_1$ - фактически оплаченная часть страховой премии по действующему договору страхования;

$П_0$ – общая (первоначально рассчитанная) страховая премия по действующему договору страхования;

M_n - количество полных месяцев, прошедших с начала действия договора страхования (неполный месяц считается за полный);

N - количество месяцев действия договора страхования (срок страхования);

B - сумма выплаченного страхового возмещения по действующему или расторгаемому Договору;

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

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.

7.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Страховщика Страхователю возвращаются уплаченные страховые взносы в полном объеме. О намерении досрочного прекращения Договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения, если иное не предусмотрено Договором.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

8.1. В период действия Договора Страхователь имеет право:

8.1.1. получать любые разъяснения по заключенному Договору;

8.1.2. досрочно прекратить действие Договора на условиях, установленных в настоящих Правилах и Договоре;

8.1.3. получить дубликат Договора (страхового полиса, сертификата), в случае утери подлинника;

8.1.4. по согласованию со Страховщиком изменять условия Договора, в том числе, изменять состав Застрахованных с письменного согласия Застрахованных и по согласованию со Страховщиком, исключив одних работников и включив на их место других, при условии отсутствия с Застрахованными страховых случаев, на основании предоставленного письменного заявления и данных, как об исключаемых, так и о вновь включенных лицах. Такие изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору на основании письменного заявления Страхователя;

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном;

8.2.2. уплачивать страховые премии (взносы) в размере и сроки, установленные Договором;

8.2.3. сохранять документы, подтверждающие уплату страховых премий (взносов), и представлять их по требованию Страховщика;

8.2.4. в срок, не превышающий 30 дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся Страховщика путем подачи Заявления о страховом событии по форме, установленной Страховщиком, и в течение сроков, указанных в пункте 9.7. настоящих Правил, предоставить документы, установленные пунктами 9.4 и 9.5 настоящих Правил, а также предоставить Страховщику или представителю Страховщика свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

8.2.5. незамедлительно сообщать Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (изменение рода деятельности (профессии) Застрахованного, профессиональные или регулярные занятия видами спорта, указанными в абзаце «д» пункта 4.2. настоящих Правил, серьезных заболеваний Застрахованного или получение инвалидности Застрахованным).

8.2.6. возратить страховую выплату, если в течение сроков исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону РФ или по настоящим Правилам лишает полностью или частично Страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя права на получение выплаты страхового возмещения.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. после принятия всех указанных в пунктах 9.4. и 9.5. настоящих Правил документов в течение 15 рабочих дней провести собственное расследование, в ходе которого проверяется достоверность информации;

8.3.2. отсрочить решение вопроса о выплате страхового возмещения в случае возбуждения уголовного дела в связи с наступлением события до момента принятия решения соответствующими органами и получения соответствующих документов из компетентных органов;

8.3.3. требовать изменения условий Договора и/или доплаты страховой премии в случае изменения степени риска;

8.3.4. в случае отказа Страхователя или невыполнения Страхователем обязанности, указанной в пункте 8.2.5. настоящих Правил, требовать расторжения Договора;

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц;

8.4.2. выплатить страховое возмещение в течение 15 рабочих дней со дня получения последнего документа, подтверждающего факт страхового события;

8.4.3. в случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения, письменно уведомить об этом Застрахованного (его законных представителей) с мотивированным обоснованием отказа в течение 15 рабочих дней со дня получения заявления и документов о событии, имеющем признаки страхового.

8.4.4. 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.

8.4.5. 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.

8.4.6. 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. Застрахованный имеет право:

8.5.1. требовать от Страхователя назначения Выгодоприобретателя или его замены по своему усмотрению;

8.5.2. в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации в установленном законодательством порядке Страхователя - юридического лица, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком выполнять обязанности Страхователя.

8.5.3. при длительности лечения свыше двух месяцев обратиться к Страховщику за выплатой части страхового возмещения (авансирование) в счет предстоящей выплаты по данному страховому случаю.

8.5.4. ознакомиться с условиями Договора и Правилами страхования.

8.6. Застрахованный обязан:

8.6.1. в течение 24-х часов с момента несчастного случая обратиться в медицинское учреждение для объективной оценки ущерба, причиненного здоровью, и получить медицинский документ, удостоверяющий факт несчастного случая.

8.6.2. в срок, не превышающий 30 дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся Страховщика путем подачи Заявления о событии по форме, установленной Страховщиком, и в течение сроков, указанных в пункте 9.7. настоящих Правил, предоставить указанные в пунктах 9.4. и 9.5. настоящих Правил документы.

9. ПОРЯДОК, РАЗМЕРЫ И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.

9.1. При наступлении страхового случая Страховщик на основании письменного Заявления Застрахованного (Выгодоприобретателя) или законных наследников Застрахованного) и документов указанных в п. 9.4, подтверждающих факт наступления события, имеющем признаки страхового случая, осуществляет выплату страхового возмещения в соответствии с условиями Договора.

9.2. Общая сумма страхового возмещения по одному или нескольким страховым случаям, происшедшим с Застрахованным в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором.

Если в связи с событиями п.п. 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10., 3.1.11, 3.1.12 настоящих Правил выплачена часть страховой суммы, но в течение года со дня этого случая, как следствие его, наступили более тяжкие последствия для здоровья Застрахованного или его смерть, то размер страховой выплаты уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным страховым событием.

Выплаты страхового возмещения по событиям п. 3.1.9, 3.1.8, 3.1.10, 3.1.11 Правил могут производиться независимо от других выплат Застрахованному, по условиям Договора. Но если дорожно-транспортное происшествие обусловило наступление последующего ряда событий, указанных в п. 3.1.11 («травма в результате ДТП»), затем п. 3.1.10 («инвалидность в результате ДТП»), а затем п. 3.1.9 («смерть в результате ДТП») Правил, признанных страховыми случаями, то размер выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной в связи с данным несчастным случаем (данным ДТП).

Если в результате несчастного случая или болезни здоровье Застрахованного ухудшилось за счет имевшихся у Застрахованного заболеваний, страховая выплата будет производиться, как если бы последствия несчастного случая не осложнились течением имевшихся заболеваний.

9.3. Если иное не предусмотрено Договором, размер страхового возмещения в связи со страховыми случаями определяется в следующем порядке:

9.3.1. При наступлении событий, указанных в п. 3.1.1. и п. 3.1.4. размер страховой выплаты определяется 0,3% страховой суммы за каждый день с первого дня временной нетрудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая и/или в результате болезни, но не более 70 дней по одному страховому событию, вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования, если иное не предусмотрено Договором. В случае если продолжительность лечения превышает ориентировочный срок временной нетрудоспособности («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10), действующие на момент наступления страхового случая), Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения за время лечения, превышающее более чем на 20% ориентировочные сроки временной нетрудоспособности.

9.3.2. При наступлении событий, указанных в п. 3.1.11. и п. 3.1.12. сумма выплаты страхового возмещения в связи с травмой, определяется в процентах от страховой суммы в зависимости от тяжести травмы Застрахованного, при этом величина процентов определяется по «Таблице размеров страховых выплат» (приложение 1 к настоящим Правилам);

9.3.3. При наступлении событий, указанных в п. 3.1.2, 3.1.5. и п. 3.1.10. сумма выплаты в связи с установлением Застрахованному категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая или в результате болезни определяется в процентах от страховой суммы, в зависимости от установленной Застрахованному категории «ребенок-инвалид»:

- категории «ребенок-инвалид до достижения возраста 18 лет» - 100%;
- категории «ребенок-инвалид на срок два года» - 70%;
- категории «ребенок-инвалид на срок один год» - 40%.

9.3.4. При наступлении событий, указанных в п. 3.1.7. сумма выплаты в связи с постоянной утратой профессиональной трудоспособности Застрахованным лицом наступившей в результате несчастного случая или болезни и установленной Застрахованному в период страхования, Застрахованному выплачивается страховое возмещение в размере 100 % страховой суммы установленной Договором.

9.3.5. При наступлении событий, указанных в п.п. 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.9., 3.1.10. размер выплаты страхового возмещения определяется в процентах от страховой суммы, в следующем порядке:

- а) при наступлении инвалидности I группы - 100% страховой суммы;
- б) при наступлении инвалидности II группы - 70% страховой суммы;
- в) при наступлении инвалидности III группы - 40% страховой суммы;
- г) в случае смерти застрахованного – 100% страховой суммы;

9.3.6. При наступлении событий, указанных в п. 3.1.8 выплачивается 0,5% от страховой суммы по риску госпитализация за каждый день госпитализации, с первого дня, но не более чем за 45

дней госпитализации по одному страховому событию, вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования.

9.4. Для принятия решения о выплате страхового возмещения Страховщику должны быть представлены:

9.4.1. при наступлении события (временная нетрудоспособность Застрахованного), указанного в пунктах 3.1.1., 3.1.4. настоящих Правил:

- справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы (форма 027/у) или заболевания, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и обстоятельства события, диагноз с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других одурманивающих веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий;
- выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения;
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору».

9.4.2. при наступлении события (постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованному), указанного в пунктах 3.1.2., 3.1.5. или 3.1.10 настоящих Правил:

- справка из учреждения медико-социальной экспертной комиссии (справка МСЭК) или медицинское заключение по форме 325/У;
- выписка из истории болезни;
- акт о расследовании несчастного случая на производстве с возможным инвалидным исходом в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору».
- в случае ДТП – справка о дорожно – транспортном происшествии форма 154, выданная органом власти (должностным лицом), уполномоченным законом расследовать соответствующее происшествие, в которых указаны: место, дата, время, причины, обстоятельства и последствия происшествия, дата и время поступления в указанные органы (к должностным лицам) сообщения о нем; другие сведения, которые согласно нормам права должны быть указаны в документах соответствующего рода.

9.4.3. при наступлении события (смерть Застрахованного), указанного в пункте 3.1.3. или 3.1.6, 3.1.9. настоящих Правил:

- свидетельство о смерти Застрахованного или решение суда об объявлении Застрахованного умершим;
- акт о расследовании несчастного случая на производстве со смертельным исходом в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору»;
- медицинские документы или документы органов санитарно-эпидемиологической службы, подтверждающие диагноз заболевания, если смерть наступила в результате заболевания;
- выписка из акта судебно-медицинского или патологоанатомического исследования с указанием диагноза и наличия/отсутствия опьянения, или выписка из медицинской карты (если судебно-медицинское или патологоанатомическое исследование не проводилось) с указанием диагноза и наличия/отсутствия опьянения.
- в случае ДТП – справка о дорожно – транспортном происшествии форма 154, выданная органом власти (должностным лицом), уполномоченным законом расследовать соответствующее происшествие, в которых указаны: место, дата, время, причины, обстоятельства и последствия происшествия, дата и время поступления в указанные органы (к должностным лицам) сообщения о нем; другие сведения, которые согласно нормам права должны быть указаны в документах соответствующего рода.

9.4.4. при наступлении события (постоянная утрата профессиональной трудоспособности Застрахованного), указанного в пункте 3.1.7. настоящих Правил:

- выписка из истории болезни;
- акт о профессиональном заболевании;

- справка МСЭК (при установлении инвалидности вследствие профессионального заболевания);
- свидетельство о смерти Застрахованного (в случае смерти Застрахованного вследствие профессионального заболевания);

9.4.5. при наступлении события (госпитализация Застрахованного), указанного в пункте 3.1.8. настоящих Правил:

- выписной эпикриз из истории болезни;
- амбулаторная медицинская карта или выписка из медицинской карты Застрахованного за 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора в силу.

9.4.6. при наступлении события (травма (телесные повреждения) Застрахованного), указанного в пункте 3.1.11. и 3.1.12 настоящих Правил:

- справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы (форма 027/у) или заболевания, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и обстоятельства события, диагноз с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других одурманивающих веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий;
- выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения;
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору».
- в случае ДТП – справка о дорожно – транспортном происшествии форма 154, выданная органом власти (должностным лицом), уполномоченным законом расследовать соответствующее происшествие, в которых указаны: место, дата, время, причины, обстоятельства и последствия происшествия, дата и время поступления в указанные органы (к должностным лицам) сообщения о нем; другие сведения, которые согласно нормам права должны быть указаны в документах соответствующего рода.

9.4.7. Справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы или заболевания, выписной эпикриз из истории болезни, медицинское заключение, выписка из медицинской карты, либо иной медицинский документ обязательно должен быть заверен подписью и печатью лечащего врача, штампом медицинского учреждения.

Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должны быть указаны дата и обстоятельства заявленного случая, полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты диагностических исследований и названия лечебных мероприятий. Диагноз, поставленный Застрахованному лицу, считается достоверным, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником (соответствующей квалификации) на основании характерных для данного повреждения объективных симптомов (признаков).

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставленные Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставленные Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы, в т.ч. иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить принятие решения о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствие не представляется возможным, то Страховщик вправе запросить дополнительные документы у Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, не предусмотренных п. 9.4. Правил.

9.5. Дополнительно к перечисленным в пункте 9.4. настоящих Правил документам, Страховщику представляются:

- заявление о выплате страхового возмещения;
- документ, удостоверяющий личность получателя;
- Договор;

- документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов);
- иные документы по требованию Страховщика, позволяющие объективно установить факт страхового случая.

9.6. В случае необходимости (в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов) Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз и дополнительного медицинского обследования Застрахованного за счет Страховщика.

Если Застрахованный отказывается от проведения дополнительного медицинского обследования либо обследования в ходе производства экспертизы, Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения полностью или частично, если полученные Страховщиком сведения не позволяют сделать однозначный вывод об объеме страхового возмещения, подлежащего выплате.

Если Страхователем/Застрахованным предоставлены не все необходимые документы, то Страховщик вправе принять решение о выплате на основании представленных документов, при условии, что таких документов достаточно для установления факта страхового случая и размера страховой выплаты.

9.7. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения в случае, если Страхователем (Застрахованным) не предоставлены документы, необходимые для установления причин страхового случая:

- в течение 6 месяцев после запроса Страховщика;
- в течение 10 месяцев после окончания лечения или завершения острой стадии заболевания.

9.8. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, указанных в пунктах 8.2.4., 8.6.1 и 8.6.2. настоящих Правил.

9.9. Страховое возмещение выплачивается

9.9.1 Наследникам Застрахованного:

- если Страхователем не был назначен Выгодоприобретатель;
- в случае одновременной (в один день) смерти Застрахованного и Выгодоприобретателя;
- если Выгодоприобретатель умер ранее Застрахованного;
- если Застрахованный умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страхового возмещения.

Для получения страхового возмещения наследники дополнительно к документам, указанным в пунктах 9.4, 9.5. настоящих Правил представляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования.

9.9.2. Если Выгодоприобретатель умирает, не успев получить причитающееся ему страховое возмещение, оно выплачивается его наследникам в порядке, установленном законодательством РФ. Однако если Страхователем были назначены несколько Выгодоприобретателей, то в случае смерти одного из них ранее Застрахованного, причитающаяся ему сумма выплачивается остальным Выгодоприобретателям пропорционально установленным Страхователем долям.

Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении вреда жизни и здоровью, повлекшего смерть Застрахованного исключаются из списка получателей.

9.9.3. При объявлении судом Застрахованного умершим страховая выплата производится при условии, что в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью и дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения приходится на период действия договора страхования. При признании Застрахованного судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

9.9.4. Если получателем выплаты страхового возмещения является:

- малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун (на основании подтверждающих соответствующее право документов);
- несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остается за самим получателем;
- лицо, признанное недееспособным, то право на получение выплаты страхового возмещения переходит к его опекуну (на основании подтверждающих соответствующее право документов);
- лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение выплаты страхового возмещения остается за получателем, только с письменного согласия его попечителя (попечитель на основании подтверждающих соответствующее право документов);

Страховое возмещение может быть выплачено представителю Застрахованного или Выгодоприобретателя по доверенности, оформленной в порядке, установленном законодательством РФ.

9.10. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, при определении размера страхового возмещения Страховщик вправе вычесть из суммы подлежащего выплате страхового возмещения сумму подлежащих уплате, но неуплаченных страховых премий (взносов) за неистекший срок страхования.

9.11. Страховая выплата по желанию получателя может быть произведена наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на расчетный счет получателя или иным способом по согласованию сторон, указанным в заявлении на выплату страхового возмещения. Расходы по перечислению страховой выплаты на банковский счет получателя несет получатель.

9.12. Датой исполнения Страховщиком обязательства по выплате суммы страхового возмещения считается:

- дата списания суммы со счета Страховщика при безналичных расчетах;
- дата выплаты суммы через кассу Страховщика.

9.13. При страховании в валютном эквиваленте выплата страхового возмещения производится в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на момент наступления страхового случая, независимо от даты подачи заявления на выплату, если иное не предусмотрено договором страхования.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров.

10.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ

11.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

11.1.1. о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

11.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания;

11.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

11.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

11.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 11.1.2 Договора персональные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и возмещение безопасности персональных данных при их обработке.

11.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п.11.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

11.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п. 11.1.2 и 11.1.3 Правил, и с письменного согласия Застрахованного.

11.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным в Правилах, Страховщик не указывает заболевания (состояния) Застрахованного.

11.7. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных от несчастных случаев и болезней, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации документов или документов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

11.8. Страховщик и партнеры Страховщика имеют право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские учреждения (при необходимости) обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

11.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с действующим законодательством РФ в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 11.7 Правил.

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

11.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

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. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг

12.2.1. 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.

12.2.2. 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.

12.2.3. 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.

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

12.2.5. 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.

12.3. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг

12.3.1. 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.

12.3.2. 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).

12.3.3. 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.

12.3.4. 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.

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

12.3.6. 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.

12.3.7. 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.

12.3.8. 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.

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

12.4.1. 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.

12.4.2. 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.

12.4.3. 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.

12.4.4. 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, подтверждающим полномочия данного лица.

12.4.5. 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.

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

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

12.4.8. 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.

12.4.9. 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.

12.4.10. 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.

12.4.11. 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.

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

12.5.1. 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.

12.5.2. 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.

12.5.3. 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.

12.5.4. 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.

12.5.5. 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.

12.5.6. 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.

12.5.7. 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.

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

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

12.5.9. 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.

12.5.10. 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..

12.5.11. 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.

12.6. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

12.6.1. 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).

12.6.2. 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).

12.6.3. 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.

12.6.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 12.6.5.

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

12.6.5. 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.

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

I. ТАРИФЫ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ**1. РАСЧЕТ ТАРИФНОЙ СТАВКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ: $T_{\text{итоговый}} = T_{\text{б}} * K_{\text{бм}} * K_{\text{р}}$** **БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ПО РИСКАМ (Т_б)**

Категории застрахованных лиц	Наименование риска								
	Госпитализация п. 3.1.8	Травма в результате НС п. 3.1.12	Травма в результате ДТП п. 3.1.11. по Таблице	Смерть в результате ДТП п. 3.1.9	Инвалидность ДТП п. 3.1.10	Временная нетрудоспособность в результате НС п. 3.1.1 в % за день нетрудоспособности	Установление инвалидности в результате НС п. 3.1.2.	Смерть в результате НС п. 3.1.3.	Тариф в % от страховой суммы в год
Дети до 16 лет							0,2	0,3	0,5
								0,4	0,4
		1					0,1	0,2	1,3
	0,5	1					0,1	0,2	1,8
	0,5	1					0,1		1,6
		1					0,1		1,1
Дети до 18 лет, студенты							0,2	0,32	0,52
								0,5	0,5
		1					0,1	0,2	1,3
	0,5	1					0,1	0,3	1,8
	0,5	1					0,1		1,6
		1					0,1		1,1
Взрослые 1 ГРУППА (базовый тариф) профессионального риска Работники бюджетных организаций, медицинских учреждений, народного образования, пенсионеры, домохозяйки, а также представители других профессий не связанных с выполнением физического труда, работники литературы, искусства и другие лица не занятые непосредственно в процессе производства. Спортсмены 1 ГРУППА риска: шашки, шахматы и пр.						1	0,1	0,3	1,4
							0,18	0,32	0,5
								0,4	0,4
		0,9					0,1	0,3	1,3
	0,4	0,9					0,1	0,3	1,7
	0,4	0,9					0,1		1,4
		0,9					0,1		1
			0,3	0,08	0,12				0,5
						1,1	0,2	0,3	1,6
							0,25	0,35	0,6
2 ГРУППА Служащие, IT-работники, с/х рабочие-полеводы, лица, занятые в процессе производства в машиностроительной, деревообрабатывающей и легкой промышленности, в строительстве, участковые инспекторы ГИБДД, ИТУ, охраны, прокуратуры, тренеры спортшкол, с/х рабочие-механизаторы и животноводы, частные предприниматели, профессий с использованием ручного труда. Спортсмены. 2 ГРУППА риска: бад-минтон, н/теннис, биатлон, буерный спорт, гимнастика художественная, лыжные гонки, спортивное ориентирование, стрельба, плавание, (кроме подводного), радиоспорт, гребля народная, городки и парусный спорт. 3 ГРУППА. Лица, занятые в процессе производства в металлургической, энергетической, горнодобывающей промышленности, на нефтепереработке, на речном судоходстве, железнодорожном транспорте, автотранспорте, работники противопожарной безопасности, а также перечисленные категории или приравненные к ним лица (профессий). Спортсмены. 3-я группа риска: акробатика, батут, велосипед, водные лыжи, гребля на байдарках и каноэ, легкая атлетика, планерный спорт, теннис, фехтование, борьба, волейбол, гиревой спорт, лапта, лыжное двоеборье, прыжки в воду, пожарно-прикладной спорт, тяжелая атлетика, фигурное катание. 4 ГРУППА. Лица, на вредных и опасных производствах: на взрывных работах в подземных условиях, с взрывчатыми и ядовитыми веществами, вредными газами, руководители коммерческих организаций и банков, летный состав, оперативники уголовного розыска, ОМОН, а также приравненные к ним лица профессий. Спортсмены 4 ГРУППА риска: бокс, восточные единоборства, конный, санный, горнолыжный, конькобежный спорт, дельтапланеризм, водное поло, регби, спидвей, альпинизм, баскетбол, бейсбол, спортивная гимнастика, прыжки с трамплина, ручной мяч, современное пятиборье, футбол, фристайл, хоккей, автотали.		1					0,2	0,3	0,5
								0,5	0,5
		1					0,2	0,3	1,5
	0,4	1					0,2	0,3	1,9
	0,4	1					0,2		1,6
		1					0,2		1,2
			0,3	0,08	0,12				0,5
						1,2	0,25	0,35	1,8
							0,3	0,4	0,7
								0,6	0,6
		1,1					0,25	0,35	1,7
	0,4	1,1					0,25	0,35	2,1
	0,4	1,1					0,3		1,8
		1,1					0,3		1,4
			0,3	0,08	0,12				0,5
						1,3	0,3	0,4	2
							0,3	0,4	0,7
								0,65	0,65
		1,2					0,3	0,4	1,9
	0,4	1,2					0,3	0,4	2,3
	0,4	1,2					0,3		1,9
		1,2					0,3		1,5
			0,3	0,08	0,12				0,5

КОЭФФИЦИЕНТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УБЫТОЧНОСТИ ДОГОВОРА (К_{БМ})

КБМ за безубыточное/убыточное страхование на начало предыдущего срока страхования	Наличие страховых выплат по последнему договору		
	Страховых выплат НЕТ	в пределах ДВУХ страховых премий включительно	более ДВУХ страховых премий
90	10	90	90
10	3	90	90
3	1,5	10	90
1,5	1,1	3	10
1,1	1	1,5	3
1	0,9	1,1	1,5
0,9	0,8	1	1,1
0,8	0,8	0,9	1

Страховщик вправе применять поправочный коэффициент к базовым тарифным ставкам от 10 до 0,9 в зависимости от региона предоставления страховой защиты. (К_Р)

2. РАСЧЕТ ТАРИФНОЙ СТАВКИ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ: $T_{\text{итоговый}} = T_{\text{Б}} * K_{\text{БМ}} * K_{\text{СС}} * K_{\text{Р}}$
БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НС ПО РИСКАМ (Т_Б)

ГРУПП ОТ 10 ЧЕЛОВЕК				
при исполнении служебных обязанностей и время следования на работу и обратно	Травма в результате НС п. 3.1.12	Установление инвалидности в результате НС п. 3.1.2.	Смерть в результате НС п. 3.1.3.	Тариф в % от страховой суммы в год
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 1 группа риска	0,36	0,06	0,08	0,5
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 2 группа риска	0,55	0,1	0,12	0,77
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 3 группа риска	0,91	0,16	0,2	1,27
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 4 группа риска	1,54	0,24	0,32	2,1
24 часа в сутки				
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 1 группа риска	0,43	0,08	0,09	0,6
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 2 группа риска	0,6	0,12	0,13	0,85
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 3 группа риска	0,98	0,18	0,21	1,37
КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ - 4 группа риска	1,61	0,3	0,33	2,24
Детское коллективное страхование круглосуточно	0,96	0,11	0,18	1,25
Детское коллективное страхование на время учебы	0,7	0,1	0,18	0,98

**КОЭФФИЦИЕНТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ЗАСТРАХОВАННЫХ И
РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ СУММЫ (K_{cc})**

Количество застрахованных	Коэффициенты при страховой сумме, тыс. руб. на одного застрахованного	
	Свыше 10 до 50	Свыше 50
Свыше 10	0,9	0,75
50 и свыше	0,85	0,7
100 и свыше	0,8	0,65

II. ТАРИФЫ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

1. ТАРИФНЫЕ СТАВКИ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА $T_{\text{итоговый}} = T_{\text{б}} * K_{\text{р}}$

Базовые тарифные ставки	Тариф в % от страховой суммы
1. Индивидуальное страхование	0,5
2. Семейное страхование от 3 до 10 человек	0,45
3. Коллективное страхование от 11 до 20 человек	0,4
4. Коллективное страхование от 21 и более человек	0,3

III. ТАРИФЫ СЕМЕЙНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Полис «Моя семья»	Страхование семьи от НС	А. Риск:	Б. Риск:	В.Риск:	
	- 2 человека; - 3 человека; - 4 человека;	Временная нетрудоспособность в результате НС п. 3.1.1 в % за день нетрудоспособности	Установление инвалидности в результате НС п. 3.1.2.	Смерть в результате НС п. 3.1	1,1 1 0,9