

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Заместителя Генерального директора
– Административного директора
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 27 ноября 2017 года № Пр-УПС/03-01-01-01-11/0072

_____ /В.В. Дубровин/

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0047.СЛ.04/05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0047.СЛ.04/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования», «Правила») Страховщик заключает со Страхователями договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней, договоры добровольного медицинского страхования, договоры комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и добровольного медицинского страхования¹ (далее также – договор(-ы) страхования).

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе, Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также формировать условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования;

1.4. В целях страхования на условиях, изложенных настоящих Правилах страхования, используются следующие определения:

1.4.1. **Авиационная катастрофа (Авиакатастрофа)** - авиационное происшествие (событие, связанное с использованием воздушного судна), приведшее к получению лицом, находившемуся на борту воздушного судна, телесного повреждения со смертельным исходом (за исключением тех случаев, когда телесные повреждения получены вследствие естественных причин, нанесены самому себе либо нанесены другими лицами, или когда телесные повреждения нанесены безбилетным пассажирам, скрывающимся вне зон, куда обычно открыт доступ пассажирам и членам экипажа), к гибели или пропаже без вести кого-либо из пассажиров или членов экипажа воздушного судна, включая случаи гибели кого-либо из лиц, находившихся на борту воздушного судна, в процессе их аварийной эвакуации из воздушного судна.

1.4.2. **Болезнь (Заболевание)** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов, не относящихся к несчастным случаям, нарушение деятельности организма Застрахованного лица, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма Застрахованного лица, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования, или (при условии, что это предусмотрено договором страхования при страховании по страховым рискам из числа указанных в п.п. 3.2.2, 3.2.3, 3.2.15, 3.2.17, 3.2.36 Правил страхования) диагностированное Застрахованному лицу до заключения договора страхования, при условии что Страховщик был уведомлен о наличии у Застрахованного лица такого заболевания при заключении договора страхования.

По соглашению Сторон в договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень болезней (заболеваний).

1.4.3. **Врач** - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

1.4.4. **Временная потеря Застрахованным лицом общей трудоспособности (Временное расстройство здоровья - для неработающего Застрахованного лица)** - временное нарушение здоровья Застрахованного лица, повлекшее временную утрату Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность и сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

1.4.5. **Годовщина действия договора страхования (полисная годовщина)** – число и месяц даты вступления договора страхования в силу. При этом, если годовщина действия договора страхования приходится на месяц, в котором нет соответствующего числа, то датой полисной годовщины считается последний день этого месяца.

1.4.6. **Госпитализация** – размещение и последующее нахождение Застрахованного лица в стационаре медицинской организации, имеющей соответствующие лицензии и разрешения, в целях оказания ему медицинской помощи в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и круглосуточное стационарное лечение в медицинской организации. При этом по настоящим Правилам страхования не является госпитализацией:

- нахождение Застрахованного лица в стационаре медицинской организации исключительно для проведения медицинского обследования (диспансеризации);
- нахождение Застрахованного лица в медицинской организации или в организации, оказывающей санаторно-курортные услуги, с целью реабилитации (восстановительного) курса лечения;
- нахождение Застрахованного лица в медицинской организации, в связи с карантинном или иными превентивными мерами официальных властей;
- нахождение Застрахованного лица в медицинской организации в связи с родами.

1.4.7. **Дорожно-транспортное происшествие (ДТП)** – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб;

1.4.8. **Железнодорожная катастрофа** – транспортное происшествие с участием железнодорожного транспорта, классифицируемое в частности, как крушение или авария;

1.4.9. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

¹ При заключении конкретного договора страхования название договора комбинированного страхования также может указываться с учетом страховых рисков, включаемых в договор страхования: договор комбинированного страхования от несчастных случаев и добровольного медицинского страхования / договор комбинированного страхования от болезней и добровольного медицинского страхования.

1.4.10. **Кораблекрушение** – аварийный случай с водным судном, возникший в результате его полного или частичного затопления, повреждения или нарушения плавучести водного судна, повлекший за собой причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица. При этом под водным судном по настоящим Правилам страхования понимается самоходное или несамоходное плавучее сооружение, используемое в целях судоходства, в том числе судно смешанного (река - море) плавания, паром, дноуглубительный и дноочистительный снаряды, плавучий кран и другие технические сооружения подобного рода, подлежащее обязательной регистрации в реестре судов в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

1.4.11. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты по страховому (-ым) риску (-ам), установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и / или договором страхования (включая Приложения к договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по страховому(ым) случаю(ям)/ по отдельным заболеваниям (состояниям)/ на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде максимального количества дней за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.).

1.4.12. **Льготный период** – период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода.

1.4.13. Под медицинскими и иными организациями в настоящих Правилах страхования понимаются:

1.4.13.1. юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «медицинские организации»);

1.4.13.2. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);

1.4.13.3. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – «сервисные компании (асистанс-компании)»).

1.4.14. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение.

1.4.15. **Несчастный случай** – фактически происшедшее с Застрахованным лицом внезапное непредвиденное внешнее по отношению к нему событие, не зависящее от воли Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом по смыслу настоящего определения не является несчастным случаем самоубийство Застрахованного лица (суицид).

По соглашению Сторон в договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся несчастным случаем.

1.4.16. **Несчастный случай на производстве** – событие, квалифицированное и зафиксированное в качестве несчастного случая на производстве в порядке предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.17. **Ожог** - повреждение тканей Застрахованного лица под действием высоких температур, электрического тока, ионизирующего вещества или определенных химических веществ, которое предусмотрено в «Таблице страховых выплат при ожогах» (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования), и указано в договоре страхования (в т.ч. приложениях к договору страхования).

1.4.18. **Особо опасное заболевание** - предусмотренное в «Таблице страховых выплат при особо опасных заболеваниях» (Приложение № 2 к настоящим Правилам страхования) и указанное в договоре страхования (в т.ч. в приложении к договору страхования) заболевание или состояние, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования, или хирургическое вмешательство, проведенное Застрахованному лицу в течение срока страхования. При этом по смыслу настоящего определения не является впервые диагностированным в течение срока страхования заболевание или состояние, если в период, предшествующий началу срока страхования, в медицинской документации имеются записи, подтверждающие данный диагноз результатами медицинских исследований, характерных для диагностирования данного заболевания или состояния.

Настоящее определение применяется при страховании по страховому риску, указанному в п. 3.2.42 Правил страхования.

1.4.19. **Перелом** – полное или частичное нарушение анатомической целостности костей или хрящевых тканей организма Застрахованного лица, которое предусмотрено в «Таблице страховых выплат при переломах» (Приложение № 3 к настоящим Правилам страхования), и указано в договоре страхования (в т.ч. приложениях к договору страхования).

1.4.20. **Период выживания** - устанавливаемый при осуществлении страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.42 настоящих Правил страхования, период времени равный 30 (тридцати) дням (если иной период времени не установлен в договоре страхования) с даты диагностирования Застрахованному лицу особо опасного заболевания.

1.4.21. **Период ожидания** – установленный в договоре страхования при осуществлении страхования по страховым рискам, из числа указанных в п. 3.2.42, п. 3.2.43 настоящих Правил страхования, период времени, исчисляемый с даты вступления договора страхования в силу или с другой даты, указанной в договоре страхования. Событие, произошедшее в течение такого периода времени, не является страховым случаем (согласно разделу 4 Правил страхования).

Если иное не предусмотрено договором страхования период ожидания по страховому риску указанному, в п. 3.2.42 настоящих Правил страхования, составляет 90 (девяносто дней) с даты вступления договора страхования в силу.

При осуществлении страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.43 Правил страхования, период ожидания указывается в договоре страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в договоре страхования) и может устанавливаться, как для всех так и для отдельных заболеваний (состояний), если период ожидания в договоре страхования (в т.ч. Программе ДМС, указанной в договоре страхования) не предусмотрен, то период ожидания по такому договору страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.43 настоящих Правил страхования, не установлен.

1.4.22. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью договора страхования (при страховании по рискам из числа, указанных в п.п. 3.2.43, 3.2.44, 3.2.45, 3.2.46 Правил страхования), в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также порядок их оказания.

1.4.22.1. По настоящим Правилам страхования договор страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.43 Правил страхования, заключается на условиях Программы добровольного медицинского страхования «Лечение особо опасных заболеваний» (далее также - Программа ДМС «Лечение особо опасных заболеваний»), Программа страхования «Лечение особо опасных заболеваний» (Приложение № 4 к настоящим Правилам страхования).

1.4.22.2. По настоящим Правилам страхования договор страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.44 Правил страхования, заключается на условиях Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение» (далее также – Программа ДМС «Второе экспертное медицинское мнение»), Программа «Второе экспертное медицинское мнение» (Приложение № 5 к настоящим Правилам страхования).

1.4.22.3. По настоящим Правилам страхования договор страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.45 Правил страхования, заключается на условиях Программы добровольного медицинского страхования «Дистанционные медицинские консультации» (далее также – Программа ДМС «Дистанционные медицинские консультации», Программа «Дистанционные медицинские консультации») (Приложение № 6 к настоящим Правилам страхования).

1.4.22.4. По настоящим Правилам страхования договор страхования по страховому риску, указанному в п. 3.2.46 Правил страхования, заключается на условиях Программы добровольного медицинского страхования «Чек-ап» (далее также – Программа ДМС «Чек-ап»), Программа «Чек-ап») (Приложение № 7 к настоящим Правилам страхования).

1.4.23. **Противоправные действия третьих лиц** - общественно опасное деяние, виновно совершенное третьим лицом в отношении Застрахованного лица, запрещенное уголовным законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другого государства, в результате, которого причинен вред жизни и/или здоровью Застрахованного лица.

По соглашению Сторон в договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся противоправными действиями третьих лиц.

1.4.24. **Профессиональное заболевание** – заболевание Застрахованного лица, являющееся результатом воздействия на него вредного(-ых) производственного(-ых) фактора(-ов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования или (при условии, что это предусмотрено договором страхования при страховании по страховым рискам из числа указанных в п.п. 3.2.4, 3.2.16 Правил страхования) имевшегося у Застрахованного лица до заключения договора страхования.

1.4.25. **Профессиональный пилот** – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другого государства.

1.4.26. **Профессиональный спорт** - часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, участие в которых направлено на получение дохода.

1.4.27. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.28. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования и(или) настоящими Правилами страхования.

1.4.29. **Страховой взнос** - часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку, в соответствии с условиями договора страхования.

1.4.30. **Террористический акт** - совершение взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях дестабилизации деятельности органов власти или международных организаций либо воздействия на принятие ими решений, квалифицируемых компетентными органами как террористический акт в соответствии с действующим законодательством.

1.4.31. **Травма (телесное повреждение)** – нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей организма Застрахованного лица (повреждение организма), которое указано в договоре страхования (в т.ч. приложениях к договору страхования) и предусмотрено, в «Таблице страховых выплат по травмам в результате несчастного случая» (Приложение № 8 к настоящим Правилам страхования) при страховании по страховому риску, указанному в п. 3.2.25 Правил страхования, или в «Таблице страховых выплат по травмам в результате ДТП» (Приложение № 9 к настоящим Правилам страхования) при страховании по страховому риску, указанному в п. 3.2.26 Правил страхования.

1.4.32. **Тяжкое телесное повреждение** - опасное для жизни повреждение организма Застрахованного лица, которое предусмотрено в «Таблице страховых выплат по тяжким телесным повреждениям» (Приложение № 10 к настоящим Правилам страхования), и указано в договоре страхования (в т.ч. приложениях к договору страхования).

1.4.33. **Утрата профессиональной трудоспособности** - стойкое снижение способности Застрахованного лица осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Определяется через установление Застрахованному лицу в порядке, предусмотренном действующим законодательством, степени утраты профессиональной трудоспособности.

1.4.34. **Хирургическая операция** - лечебно-диагностическое мероприятие, выполняемое по медицинским показаниям квалифицированным врачом-хирургом посредством рассечения, перемещения и/или соединения тканей тела и осуществляемая в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами, которое предусмотрено в «Таблице страховых выплат при хирургических операциях» (Приложение № 11 к настоящим Правилам страхования), и указано в договоре страхования (в т.ч. приложениях к договору страхования).

1.4.35. **Чрезвычайная ситуация** - это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

1.4.36. **Экстренная госпитализация** – госпитализация Застрахованного лица, которое по медицинским показаниям нуждается в оказании экстренной медицинской помощи в условиях стационара медицинской организации, при внезапных острых заболеваниях/ состояниях (в т.ч. наступивших в результате несчастного случая)/ обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица, продолжительность которой составляет не менее 24 (двадцати четырех) часов в одной медицинской организации.

1.5. Страхование, обусловленное договором страхования, по страховым рискам, поименованным в п.п. 3.2.1, 3.2.3, 3.2.5-3.2.7, 3.2.9, 3.2.11-3.2.14, 3.2.17-3.2.19, 3.2.22-3.2.29, 3.2.31, 3.2.32, 3.2.34-3.2.37, 3.2.39, 3.2.40 настоящих Правил страхования в части страхования от несчастных случаев распространяется на события, произошедшие в пределах нахождения Застрахованного лица на **территории страхования**, которой может являться территория всего мира, конкретного государства или его части, населенный пункт, здание, транспортное средство, иные места, указанные в договоре страхования, как территория страхования. При этом, если территория страхования в договоре страхования не указана, то территорией страхования по страховым рискам, указанным в настоящем пункте Правил страхования, считается весь мир.

1.6. При страховании по страховым рискам, поименованным в п.п. 3.2.43, 3.2.44, 3.2.45, 3.2.46 Правил страхования, медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования, могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств. При этом в Договоре страхования (приложениях к нему, в том числе, в Программе ДМС, указанной в договоре страхования) может быть указан конкретный перечень медицинских организаций, привлекаемых Страховщиком для оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, и/или государство(-а), на территории которых находятся такие медицинские организации.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования.

2.1. Объектами страхования по настоящим Правилам страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.2.1 – 3.2.42 Правил страхования: имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате несчастного случая или болезни (также по тексту Правил страхования - «страхование от несчастных случаев и/или болезней»).

2.1.2. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.2.43 – 3.2.46 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (также по тексту Правил страхования – «медицинское страхование»).

2.2. В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию от несчастных случаев и болезней и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

2.3. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.4. Страхователь – дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.5. Застрахованное лицо – физическое лицо, названное в договоре страхования, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Договор страхования может быть заключен в отношении нескольких (далее также по тексту – «коллективное страхование») или одного (далее также по тексту – «индивидуальное страхование») Застрахованных(-ого) лиц(-а).

2.6. Договор страхования по настоящим Правилам страхования может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей категории:

2.6.1. лица, возраст которых на дату вступления договора страхования в силу составляет менее 1 (одного) года или 76 (семьдесят шесть) лет и более - при страховании от несчастных случаев и/или болезней;

2.6.2. лица, возраст которых на дату вступления договора страхования в силу составляет менее 1 (одного) года или 66 (шестьдесят шесть) лет и более – при добровольном медицинском страховании;

2.6.3. лица, которым установлена I, II, III группы инвалидности, категория «ребенок-инвалид» или имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.6.4. лица с врожденными заболеваниями и/или аномалиями развития;

2.6.5. лица, больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита человека;

2.6.6. лица, имеющие психические заболевания и/или расстройства;

2.6.7. лица, состоящие на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансерах;

2.6.8. лица, находящиеся под следствием или осужденные к лишению свободы;

2.6.9. лица, больные злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли);

2.6.10. другие лица по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

2.7. Страховщик имеет право на особых условиях принимать на страхование лиц, относящихся к категориям, перечисленным в п. 2.6 настоящих Правил страхования.

2.8. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и / или изменения условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

2.9. Выгодоприобретатель(-и) – лицо(-а) в пользу которого(-ых) заключен договор страхования, имеющий(-ие) право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая.

2.9.1. По страхованию от несчастных случаев и/или болезней: договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя(-ей) другое(-ие) лицо(-а). В случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем(-ями) признаются наследники Застрахованного лица, если в договоре страхования не названо Выгодоприобретателем(-ями) иное(-ые) лицо(-а).

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

В случае, когда Выгодоприобретателями по договору страхования являются несколько лиц и при этом не будет указана абсолютная или относительная величина страховой выплаты, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя, то страховая выплата делится между ними в равных долях.

Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с письменного согласия этого лица.

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

2.9.2. По медицинскому страхованию: договор страхования заключается в пользу Застрахованного лица.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страхования договор страхования может быть заключен по следующим **страховым рискам** (в любой их комбинации):

3.2.1. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая (также именуется «**Смерть в результате несчастного случая**»).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования, является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования и на территории страхования, наступившая с даты наступления несчастного случая в течение срока, определенного договором страхования.

3.2.2. Смерть Застрахованного лица в результате болезни (также именуется «**Смерть в результате болезни**»).

Страховым случаем случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами страхования и/или договором страхования, является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате.

3.3. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование по договору страхования, указывается в договоре страхования. При этом при коллективном страховании в отношении разных Застрахованных лиц договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3.1. при страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.43 - 3.2.46 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться о сокращении объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, указанных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования (в том числе об уменьшении перечня медицинских и (или) иных услуг), о сокращении областей медицины, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых Страховщик организует оказание медицинских и иных услуг и оплачивает такие услуги, о сокращении перечня специалистов, проводящих плановые консультации);

3.3.2. при страховании по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.13 – 3.2.23 Правил страхования, Стороны при заключении договора страхования могут договориться об исключении одной или нескольких групп инвалидности/категории «ребенок-инвалид», при этом соответствующий страховой риск/страховой случай указывается в договоре страхования без учета таких групп инвалидности/категории ребенка «ребенок-инвалид»;

3.3.3. при страховании по страховым рискам, из числа указанных в п.п. 3.2.25 – 3.2.28, 3.2.37 - 3.2.39, 3.2.42 Правил страхования, Стороны могут договориться об исключении отдельных положений из Таблицы страховых выплат по соответствующему страховому риску.

4. Исключения из страхования

4.1. Не признаются страховыми случаями по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.42 настоящих Правил страхования (исключения из страхования), события, наступившие в результате и/или во время:

4.1.1. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления;

4.1.2. участия Застрахованного лица в столкновениях, иных приравняваемых к ним событиях, в нарушениях общественного порядка, а также в подготовке и/или совершении террористического акта;

4.1.3. намеренного причинения Застрахованным себе телесных повреждений;

4.1.4. психических заболеваний и/или расстройств и их лечения, эпилептических припадков, конвульсий, кроме случаев, когда такое состояние Застрахованного лица вызвано приемом медикаментов по назначению врача с соблюдением предписанной дозировки;

4.1.5. приема внутрь Застрахованным лицом, возраст которого составляет 12 (двенадцать) лет и более, веществ, повлекших за собой отравление, включая отравление алкоголем, наркотическими веществами и лекарствами, не предписанными врачом соответствующей квалификации или употребленные с нарушением установленной дозировки;

4.1.6. пищевой токсикоинфекции (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиеллез, иерсиниоз и др.);

4.1.7. полета Застрахованного на летательном аппарате в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

4.1.8. занятий Застрахованного лица любым видом спорта на профессиональной основе (кроме настольных видов спорта), включая соревнования и тренировки, а также занятия Застрахованного лица следующими видами спорта/увлечениями на любом уровне /: авто-, мотоспортом, конным спортом, воздушными видами спорта, подводными видами спорта (на глубинах более 40 (сорока) метров), а также занятий Застрахованного альпинизмом, спелеологией, боевыми единоборствами, боксом, стрельбой, сафари, паркур, охотой, участие в любых соревнованиях на скорость и в подготовке к ним, за исключением легкой атлетики и плавания;

4.1.9. несчастного случая, произошедшего до начала срока страхования и/или не в течение периода страхования, установленного по договору страхования;

4.1.10. пребывания в исправительных учреждениях и / или местах содержания под стражей;

4.1.11. при непосредственном участии Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

4.2. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.1 настоящих Правил страхования, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.15 - 3.2.17, 3.2.30, 3.2.31, 3.2.33, 3.2.34, 3.2.36, 3.2.38, 3.2.39, 3.2.41, 3.2.42 Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие в результате заболевания (болезни), диагностированного у Застрахованного лица до даты заключения договора страхования, за исключением случаев, когда иное прямо предусмотрено договором страхования в соответствии с п. 1.4.2 Правил страхования по страховым рискам из числа указанных в п.п. 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.15 - 3.2.17, 3.2.36 Правил страхования и при условии, что Страховщик был уведомлен о наличии такого заболевания (болезни) при заключении договора страхования;

4.3. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.1, 4.2 настоящих Правил страхования, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.24, 3.2.30, 3.2.31, 3.2.33, 3.2.34, 3.2.36, 3.2.38, 3.2.39, 3.2.41, 3.2.42 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другие подобные изменения, кроме случаев когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инъекций препаратов, предписанных врачом, или при трансплантации органов, произведенных по медицинским показаниям в течение срока страхования, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица;

4.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п.п. 4.1 - 4.3 настоящих Правил страхования, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1, 3.2.3, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.17 3.2.21, 3.2.23 - 3.2.28, 3.2.29, 3.2.31, 3.2.32, 3.2.34 - 3.2.36, 3.2.37, 3.2.39, 3.2.40, настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие во время:

4.4.1. нахождения Застрахованного лица в состоянии токсического, наркотического или алкогольного опьянения при концентрации алкоголя 1 (одно) промилле и более, за исключением случаев, когда такое событие наступило в результате:

4.4.1.1. авиационной катастрофы или железнодорожной аварии;

4.4.1.2. дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо являлось при этом пассажиром такси, автобуса, трамвая, троллейбуса, или иного общественного транспорта.

4.4.2 управления транспортным средством самим Застрахованным лицом или другим лицом, управление которому передано Застрахованным лицом, в состоянии алкогольного опьянения при концентрации алкоголя 0,3 (ноль целых три десятых) промилле и более, наркотического или токсического опьянения, и/или при отсутствии права на управление транспортным средством соответствующей категории.

4.5. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.30, 3.2.33, 3.2.38 настоящих Правил страхования, дополнительно к событиям, перечисленным в п.п. 4.1 - 4.3 настоящих Правил страхования, и по страховому риску, указанным в п.п. 3.2.31, 3.2.34, 3.2.36, 3.2.39, 3.2.42 настоящих Правил страхования, дополнительно к событиям, перечисленным в п.п. 4.1 – 4.3 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования) события, наступившие в результате:

4.5.1. беременности, лечения осложнений при беременности, родов, лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение, искусственное прерывание беременности;

4.5.2. пластических операций или косметического лечения, а также их последствий.

4.6. Дополнительно к событиям, перечисленным в п.п. 4.1, 4.2, 4.4, 4.5 настоящих Правил страхования, по страховому риску, указанному в п. 3.2.42 настоящих Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхования):

4.6.1. события, наступившие до истечения периода ожидания, установленного по данному страховому риску;

4.6.2. события, наступившие в связи с врожденными пороками развития;

4.6.3. хирургическое вмешательство, на проведение которого имеются рекомендации и/или назначения врача(-ей) до даты заключения договора страхования;

4.6.4. следующие особо опасные заболевания, как они определены в «Таблице особо опасных заболеваний»: «Потеря зрения», «Потеря слуха», «Паралич», «Обширные ожоги», «Тяжелая травма головы», когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом, возраст которого составляет 12 (двенадцать) лет и более, в состоянии алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и/или токсического опьянения;

4.6.5. следующие особо опасные заболевания как они определены в «Таблице особо опасных заболеваний»: «Кома», «Апаллический синдром или вегетативное состояние», когда оно вызвано или получено на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.

4.7. Не признаются страховыми случаями по страховому риску, указанному в п. 3.2.43 настоящих Правил страхования, (исключения из страхования) обращение за организацией и оказанием медицинских и иных услуг:

4.7.1. в связи с заболеваниями и состояниями, не предусмотренными договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);

4.7.2. в связи с заболеваниями и/или состояниями, диагностированными (установленными) Застрахованному лицу до окончания периода ожидания (если он установлен в договоре страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в Договоре страхования));

4.7.3. обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);

4.7.4. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания (состояния);

4.7.5. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.7.6. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий Застрахованного лица спортом на профессиональном уровне (при условии членства в профессиональных спортивных клубах или организациях);

4.7.7. в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.7.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

4.7.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.7.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом преступления, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.7.11. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе вследствие психического или соматического заболевания, или расстройства поведения, алкогольной, наркотической зависимости, токсикомании;

4.7.12. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Хельсинкской комиссией и/или другими профильными объединениями/организациями, заменяющими Хельсинкскую комиссию;

4.7.13. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);

4.7.14. обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);

4.7.15. в связи с заболеваниями (состояниями), возникшими вследствие службы Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, а также в органах системы исполнения наказаний (тюремных службах);

4.7.16. в связи с заболеваниями и/или состояниями, диагностированными (установленными) Застрахованному лицу до даты заключения договора страхования;

4.7.17. в медицинские и иных организации, не предусмотренные договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования), или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.7.18. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (например, маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт.

4.8. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 4.7 настоящих Правил страхования, по страховому риску, указанному в п. 3.2.43 настоящих Правил страхования, не признается страховым случаем (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием следующих медицинских и иных услуг:

4.8.1. психирургия;

4.8.2. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

4.8.3. лечение врожденных пороков развития спинного мозга, позвоночника, сердечного(-ых) клапана(-ов);

4.8.4. хирургические операции по трансплантации органов, в случаях:

4.8.4.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);

- 4.8.4.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 4.8.4.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 4.8.4.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
- 4.8.4.5. если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками;
- 4.8.4.6. если трансплантация является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования;
- 4.8.5. все формы лечения поражения сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическим заболеванием;
- 4.8.6. медицинские и иные услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;
- 4.8.7. медицинские и иные услуги, оказываемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы;
- 4.8.8. медицинские и иные услуги, проводимые в связи раком кожи, за исключением меланомы;
- 4.8.9. медицинские и иные услуги, проводимые в связи с хирургией сердечного клапана: вальвулопатия; вальвулопластика; другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.
- 4.8.10. проезд (включая услуги по организации проезда) Застрахованного лица и/или сопровождающего до места оказания медицинских услуг и обратно, а также проживание в месте оказания медицинских услуг, кроме случаев, когда предоставление таких услуг прямо предусмотрено договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования).
- 4.9. Не признаются страховыми случаями по страховому риску, указанному в п 3.2.44 настоящих Правил страхования, (исключения из страхования) обращение за организацией и оказанием медицинских и иных услуг:
- 4.9.1. обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);
- 4.9.2. обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);
- 4.9.3. обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования), если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение).
- 4.10. Не признаются страховыми случаями по страховому риску, указанному в п 3.2.45 настоящих Правил страхования, (исключения из страхования) обращение за организацией и оказанием медицинских услуг:
- 4.10.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования (в т.ч. Программой ДМС, указанной в договоре страхования);
- 4.10.2. обращение Застрахованного лица за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в договоре страхования (в т.ч. Программе ДМС, указанной в договоре страхования);
- 4.10.3. обращение за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 4.10.4. обращение Застрахованного лица по вопросам:
- 4.10.4.1. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;
- 4.10.4.2. для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии;
- 4.10.5. обращение Застрахованного лица касательно состояний Застрахованного лица, связанных:
- 4.10.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;
- 4.10.5.2. с любыми видами фобий;
- 4.10.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;
- 4.10.5.4. с расстройствами сексуального характера;
- 4.10.6. обращение Застрахованного лица в связи со следующими заболеваниями:
- 4.10.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 4.10.6.2. туберкулез;
- 4.10.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;
- 4.10.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.
- 4.11. По соглашению Сторон договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 4.1-4.10 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть в договоре страхования положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений из страхования, и (или) дополнить его иными исключениями из страхования. В частности, договором страхования может быть изменен перечень видов спорта / увлечений, содержащийся в п. 4.1.8 настоящих Правил страхования, в отношении одного или нескольких страховых рисков. Также при заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты, указанных в п.п. 9.15.2 – 9.15.4 настоящих Правил страхования.
- 4.11. События, определенные в п.п. 4.1-4.10 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

5. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования.

Страховая сумма может устанавливаться: отдельная по каждому страховому риску; единая (общая) по всем страховым рискам; единая (общая) по комбинации страховых рисков, предусмотренных договором страхования, и отдельные страховые суммы по остальным рискам.

Если иное не предусмотрено договором страхования при коллективном страховании страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо.

5.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте. По соглашению Сторон страховая сумма в договоре страхования может быть установлена в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (далее также – «страхование в эквиваленте»), при этом сумма определяется по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей

иностранной валюты на дату заключения договора страхования, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

5.3. Если иное не предусмотрено договором страхования страховая сумма является постоянной в течение всего срока действия договора страхования.

5.4. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая в частности, пол, возраст, состояние здоровья, сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий/ периода страхования при страховании от несчастных случаев, и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон.

5.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия по страхованию от несчастных случаев и/или болезней уплачивается в следующем проценте от размера годовой страховой премии (при этом неполный месяц страхования принимается как полный):

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Срок действия договора страхования (в месяцах) | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| Размер страховой премии (% от годовой страховой премии) | 0 | 0 | 8 | 6 | 4 | 2 | 0 | 8 | 5 | 0 | 5 | |

Если иное не предусмотрено договором страхования, при страховании на срок более одного года, страховая премия по страхованию от несчастных случаев и/или болезней рассчитывается пропорционально количеству месяцев действия договора страхования (при этом неполный месяц страхования принимается за полный).

5.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными денежными средствами или в безналичном порядке, одновременно или в рассрочку несколькими частями (страховыми взносами). Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

При «страховании в эквиваленте» страховая премия (страховые взносы при оплате в рассрочку) оплачивается в российских рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату платежа, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

5.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, при неоплате страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

5.7.1. возврат денежных средств производится в рублях;

5.7.2. если страховая премия (ее часть) установлена договором страхования в иностранной валюте или при «страховании в эквиваленте», возврату подлежит оплаченная сумма в рублях.

5.8. При оплате страховой премии в рассрочку в случае, если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней, если предусмотрена ежегодная или ежеквартальная оплата страховых взносов, или 30 (тридцать) календарных дней, если предусмотрена ежемесячная оплата страховых взносов.

Льготный период исчисляется с даты, установленной в договоре страхования для оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено.

5.9. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода действие договора прекращается со дня следующего за днем окончания льготного периода.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

5.10. Если иное не предусмотрено договором страхования датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является:

5.10.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователем по договору страхования является физическое лицо;

- дата зачисления денежных средств на указанный в Договоре страхования расчетный счет Страховщика, если Страхователем по договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель.

5.10.2. при наличных формах расчетов - дата внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

5.11. Страховщик в праве уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и(или) о факте прекращения договора страхования по основанию, указанному в п. 7.1.2 настоящих Правил страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, и/или иным информационным источникам, указанным в п. 6.2, п. 6.7 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомление и считается сделанным в письменной форме.

5.12. При страховании от несчастных случаев и/или болезней: Страховщик при наступлении страхового случая при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

6. Порядок заключения, изменения и исполнения договора страхования

6.1. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено договором страхования;

6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;

6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Для заключения договора страхования и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены:

6.2.1. Заполненное заявление по установленной Страховщиком форме (кроме случаев, когда договор страхования заключается на основании устного заявления), а также приложения и дополнения к нему (в т.ч. по установленной Страховщиком форме), если они предусмотрены.

6.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованное лицо, а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность – для физических лиц; документы о государственной регистрации или внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и учредительные документы - для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) – для индивидуальных предпринимателей.

6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), в частности такими документами являются решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность.

6.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

6.2.5. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).

6.2.6. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение договора страхования (например, если договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

6.2.7. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

6.2.8. Медицинское заключение и/иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования, в т.ч., в случае, предусмотренном в п. 6.3.2 настоящих Правил страхования;

6.2.9. Сведения и (или) документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные в п. 6.3 настоящих Правил страхования (если применимо);

6.2.10. Кредитный договор/договора займа;

6.2.11. Документы, подтверждающие информацию о профессиональной деятельности и роде занятий Застрахованного лица (в т.ч. военный билет, справку от работодателя);

6.2.12. Документы, подтверждающие получение потенциальным Застрахованным лицом дохода;

6.2.13. Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия).

6.2.14. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования (в частности, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

6.2.15. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим сведения.

6.2.16. Сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

6.3. Страховщик при заключении договора страхования вправе производить оценку страхового риска в связи с чем он может:

6.3.1. Запросить у лица, имеющего намерение заключить договор страхования, следующие сведения в отношении потенциального Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;

- сведения о диспансерном учете;

- сведения о наличии психических заболеваний и расстройств;

- сведения о прошлых и / или имеющихся диагностированных заболеваниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и / или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации), сведения о направлении потенциального Застрахованного лица на прохождение медицинского обследования в связи с подозрением на наличие у него заболевания, сведения о наличии нарушений состояния здоровья потенциального Застрахованного лица;

- сведения, связанные с беременностью (для женщин);

- сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид» или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы);

- сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т.ч. об условиях труда, о выполнении опасных работ, о прохождении военной или гражданской службы, наличии командировок (место, продолжительность и пр.);

- сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью и (или) нахождением под следствием и (или) нахождением в местах лишения свободы, сведения о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере);

- сведения о принимаемых медицинских препаратах;

- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));

- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

- сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников потенциального Застрахованного лица (в том числе, умерших);
- сведения об иждивенцах;
- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль).

6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в том числе в медицинской организации, определенной Страховщиком или в медицинской организации по выбору потенциального Застрахованного лица, при условии что она предварительно согласована со Страховщиком, и предоставления Страховщику документа, выданного медицинской организацией по результатам такого медицинского осмотра/обследования. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком.

6.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Согласно настоящим Правилам страхования к таким обстоятельствам относятся сведения, указанные в п. 6.3 Правил страхования.

6.5. Форма предоставления указанных в п. 6.3 и п. 6.4 настоящих Правил страхования документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 6.2 и п. 6.3 настоящих Правил страхования перечни сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем.

6.6. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

Если лицом, имеющим намерение заключить договор страхования / потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и п. 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет лицо, имеющее намерение заключить договор страхования.

6.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т.ч. предусмотренные п. 10.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

6.8. Стороны вправе вносить в договор страхования изменения, не противоречащие настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

6.9. В случаях, когда изменения в договор страхования подлежат внесению по соглашению Сторон, Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.

6.10. Если в период действия договора страхования Страховщик получит уведомление Страхователя об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При этом, Страхователь должен приложить к уведомлению сведения и/или документы согласно п.п. 6.2, 6.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе руководствоваться п. 6.6 Правил страхования.

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.), сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий, чрезвычайной(-ого) ситуации/положения.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.11. В случае утери договора страхования Страховщик на основании составленного в свободной форме письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный договор страхования считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производится.

6.12. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и / или изменения и / или досрочного прекращения договора страхования и / или страховой выплаты, и связанных с ними документов / сведений). При этом, требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки, указанной в настоящем пункте Правил страхования информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства и соглашения, указанного в настоящем пункте Правил страхования, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7. Срок действия договора страхования.

7.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

7.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, указанной в договоре страхования и при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен договором страхования.

7.3. Срок действия договора страхования указывается в Страховом полисе посредством указания даты вступления договора страхования в силу и даты окончания действия договора страхования и/или посредством указания периода времени.

7.4. Срок страхования может определяться посредством указания в договоре страхования даты его начала и даты окончания и/или периода времени.

Соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и (или) окончания срока страхования для каждого или отдельных страховых рисков.

Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

7.5. При страховании от несчастных случаев и болезней в части страхования от несчастных случаев устанавливается период страхования - период времени, который составляет 24 часа в сутки в течение срока страхования, если в конкретном договоре страхования не определен иной период времени, а именно:

7.5.1. на время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей по трудовому договору (контракту, гражданско-правовому договору);

7.5.2. при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей по трудовому договору (контракту, гражданско-правовому договору), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей и обратно;

7.5.3. во время нахождения Застрахованного лица в дошкольном, общеобразовательном и ином учебном заведении, включая время пути к месту нахождения в дошкольном, общеобразовательном и ином учебном заведении и обратно;

7.5.4. во время совершения Застрахованным каких-либо специфических действий и/или участия в каких-либо мероприятиях, указанных в договоре страхования (например, во время занятия спортом, участия Застрахованного лица в соревнованиях);

7.5.5. в другой период времени, установленный договором страхования.

8. Прекращение договора страхования

8.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

8.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или договором страхования);

8.1.2. при одностороннем отказе Страхователя от договора страхования;

8.1.2.1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай (в соответствии с п. 8.1.5 Правил страхования).

При этом дата прекращения (последний день действия) договора страхования (кроме случая, указанного в п. 8.1.2.2 настоящих Правил страхования) определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.6 Правил страхования.

8.1.2.2. Страхователь - физическое лицо, имеет право отказаться от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней (если иной длительный срок не предусмотрен действующим законодательством и/или договором страхования) со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

При этом договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя, указанного в п. 8.6.1 Правил страхования, или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с абзацем первым настоящего пункта Правил страхования.

8.1.3. при неоплате (в т.ч. оплате не в полном размере) очередного страхового взноса в течение льготного периода.

При этом договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания льготного периода.

Досрочное прекращение договора страхования в связи неоплатой очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности оплатить часть страховой премии за период в течение которого действовало страхование.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

8.1.4. в случае расторжения договора страхования согласно п. 6.10 настоящих Правил страхования;

8.1.5. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем;

8.1.6. по соглашению Сторон;

8.1.7. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.6 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

8.3. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному п. 8.1.5 настоящих Правил страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования;

8.4. В случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному п. 8.1.2 настоящих Правил страхования:

8.4.1. при одностороннем отказе Страхователя от договора страхования после его вступления в силу, в случае, предусмотренном в п. 8.1.2.1 настоящих Правил страхования, возврат страховой премии не производится, если иное не предусмотрено договором страхования;

8.4.2. в случае одностороннего отказа Страхователя – физического лица от договора страхования согласно п. 8.1.2.2 настоящих Правил страхования, когда он отказался от договора страхования после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, и производит возврат в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней (если меньший срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации) со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.5. При одностороннем отказе Страхователя от договора страхования до его вступления в силу договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в

течение 10 (десяти) рабочих дней (если меньший срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

8.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

8.5.2. если страховая премия установлена договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

8.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

8.6.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

8.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т.ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

8.6.3. надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

8.6.4. в случае досрочного прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 8.1.5 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных в законодательстве обстоятельств.

9. Страховые выплаты. Основания отказа в страховой выплате

9.1. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах (в т.ч. в приложениях к настоящим Правилам страхования) и договором страхования.

9.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.42 настоящих Правил страхования, Страхователь/Застрахованное лицо / Выгодоприобретатель должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении этого события.

9.3. В целях организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, Застрахованное лицо должно в порядке, указанном в Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в соответствующей Программе ДМС, указанной в договоре страхования) обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС).

9.4. В отношении страховых рисков, указанных в п.п. 3.2.1 – 3.2.42 настоящих Правил страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

9.4.1. договор страхования;

9.4.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно;

9.4.3. документ, удостоверяющий личность заявителя, и (или) документы, подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

9.4.4. согласие на обработку персональных данных (предоставляется по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

9.4.5. дополнительные документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (если применимо). Наиболее распространенными в этой связи документами могут быть: свидетельство о праве на наследство (для наследника); справка от нотариуса в производстве которого находится наследственное дело, содержащая информацию о лицах, являющихся наследниками, с указанием всего круга всех наследников (для подтверждения статуса наследников); справка с места работы Застрахованного лица, содержащая информацию о занимаемой им должности на протяжении определенного периода времени и размере выплачиваемой ему заработной платы;

9.4.6. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);

9.4.7. документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

9.4.8. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.12 настоящих Правил страхования, представляются (с учетом того, что применимо):

9.4.8.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица;

9.4.8.2. официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа или выписки из них;

9.4.8.3. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (в т.ч. диагноз(ы) и точные даты его(их) установления, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события, даты госпитализации и их причины). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

9.4.8.4. если событие произошло в результате несчастного случая/ДТП/авиакатастрофы/железнодорожной катастрофы/кораблекрушения/противоправных действий третьих лиц/террористического акта/чрезвычайной ситуации Страховщику должны быть представлены: акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если несчастный случай произошел на производстве); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти/организаций/ учреждений /лиц, в том числе от перевозчика (лица, уполномоченного перевозчиком), осуществлявшего перевозку железнодорожным/морским/воздушным/автомобильным транспортом, (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.9. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.13 – 3.2.23 настоящих Правил страхования, представляются (с учетом того, что применимо):

9.4.9.1. официальный документ, выданный государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;

9.4.9.2. справки, выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности), а также официальные документы компетентной организации, содержащие причины (основной диагноз) в отношении установленных ранее групп инвалидности;

9.4.9.3. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в связи с этим документами являются направление на медико-социальную экспертизу и (или) обратный талон и (или) протокол медико-социальной экспертизы;

9.4.9.4. если событие произошло в результате болезни, Страховщику должны быть представлены документы из медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо, раскрывающие обстоятельства события (в т.ч. диагноз(ы) и точные даты его(их) установления, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, приведшего к наступлению события, даты госпитализации и их причины). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

9.4.9.5. если событие произошло в результате несчастного случая/ДТП/авиакатастрофы/железнодорожной катастрофы/кораблекрушения/противоправных действий третьих лиц/террористического акта/чрезвычайной ситуации Страховщику должны быть представлены: акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если несчастный случай прошел на производстве); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти/организаций/ учреждений /лиц, в том числе от перевозчика (лица, уполномоченного перевозчиком), осуществлявшего перевозку железнодорожным/морским/воздушным/автомобильным транспортом, (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.10. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.24 – 3.2.28 настоящих Правил страхования, представляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним) предоставляются:

9.4.10.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частнопрактикующими врачами, с указанием диагноза, даты телесного повреждения, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения и позволяющие сделать заключение о причинах травмы/тяжкого телесного повреждения/ожога с указанием степени ожога и его площади/перелома. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

9.4.10.2. результаты лабораторных и инструментальных исследований, протоколы выполненных операций и манипуляций (например, описание рентгеновских снимков, протокол проведения КТ, МРТ);

9.4.10.3. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.11. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.29 – 3.2.31 настоящих Правил страхования, представляются (с учетом того, что применимо):

9.4.11.1. закрытый листок нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа (если листок нетрудоспособности для такого Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством не оформляется) предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение;

9.4.11.2. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;

9.4.11.3. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

9.4.11.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;

9.4.11.5. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.12. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.32 – 3.2.36 настоящих Правил страхования, представляются (с учетом того, что применимо):

9.4.12.1. справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение, а также вид госпитализации (плановая или экстренная);

9.4.12.2. медицинскую карту стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;

9.4.12.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного;

9.4.12.5. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.13. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.7 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.37 – 3.2.39 настоящих Правил страхования, представляются:

9.4.13.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства, в т.ч. точной даты получения травмы или диагностирования заболевания, приведшего к такому вмешательству. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты за 5 лет предшествующих вступлению договора страхования в силу и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

9.4.13.2. если событие произошло в результате несчастного случая, то Страховщику должны быть предоставлены: акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо); документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

9.4.14. дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.4.1 – 9.4.9 настоящих Правил страхования по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.4, 3.2.14, 3.2.16, 3.2.40, 3.2.41 настоящих Правил страхования, представляются (с учетом того, что применимо):

9.4.14.1. акт о случае профессионального заболевания;

9.4.14.2. акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;

9.4.14.3. справку учреждения медико-социальной экспертизы о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности Застрахованному лицу;

9.4.14.4. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.

9.4.15. дополнительно к указанному в п.п. 9.4.1- 9.4.7 настоящих Правил по страховому риску, указанному в п. 3.2.42 предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. приложением (-ями) к ним):

9.4.15.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

9.4.15.2. документы, содержащие информацию, подтверждающую диагноз особо опасного заболевания, в соответствии с требованиями, изложенными в Таблице страховых выплат при особо опасных заболеваниях (Приложении № 2 к Правилам страхования) (предоставляются в случае отсутствия данной информации в документе, указанном в п. 9.4.15.1 настоящих Правил страхования).

9.5. По медицинскому страхованию в целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, указанной(-ыми) в договоре страхования, Застрахованное лицо должно:

9.5.1. обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования) и сообщить в письменной форме либо иным способом, позволяющим зафиксировать факт обращения (в т.ч., по факсу, по электронной почте, по телефону), информацию о необходимых медицинских и иных услугах и о расстройстве здоровья (в т.ч. поставленном диагнозе) или состоянии Застрахованного лица, потребовавшем организации и оказания ему таких услуг;

9.5.2. предоставить документ, удостоверяющий личность и сообщить номер и дату договора страхования (с предъявлением по требованию Страховщика договора страхования), а также предоставить согласие на обработку персональных данных (предоставляется по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

9.5.3. предоставить по запросу Страховщика (Сервисной компании и/или медицинской организации, привлеченных Страховщиком для оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, указанной(-ыми) в договоре страхования) следующие документы (с учетом того, что применимо):

9.5.3.1. медицинские документы лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица;

9.5.3.2. заключение врача-специалиста в предметной области (в частности, онколога, кардиолога, и др.) с указанием диагноза, потребовавшего оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, анамнез заболевания;

9.5.3.3. документ, содержащий результаты лабораторных, клинических и прочих исследований, дополнительных методов исследования, проведенных Застрахованному лицу на основании которых ему, был установлен диагноз (состояние), потребовавшее организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренным договором страхования;

9.5.3.4. выписку из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях;

9.5.3.5. медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства об обращениях за последние пять лет (при диагностировании онкологического заболевания);

9.5.3.6. документы, в том числе медицинские, о состоянии здоровья Застрахованного лица, предусмотренные Программой(-ами) ДМС, являющейся(-имся) приложением(-ми) к настоящим Правилам страхования, которые необходимы для оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных программой ДМС;

9.5.4. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена).

9.6. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п.п. 9.4, 9.5.2, 9.5.3 настоящих Правил страхования, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и / или располагает его подлинником.

При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально заверенного перевода документа.

9.7. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 9.4, п. 9.5 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

9.8. Указанный в п. 9.4, п. 9.5 настоящих Правил страхования перечень документов и сведений является исчерпывающим.

9.9. При непредставлении Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

9.10. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

9.11. Решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.42 настоящих Правил страхования, принимается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов.

Решение о страховой выплате принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

В случае принятия решения о страховой выплате страховая выплата производится одновременно в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения путем безналичного перечисления денежных средств или иным способом по согласованию с Выгодоприобретателем.

9.12. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

9.13. Страховые выплаты при наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1 – 3.2.42 настоящих Правил страхования, определяются в следующем порядке:

9.13.1. Если в договоре страхования установлена единая (общая) страховая сумма по всем страховым рискам или комбинации страховых рисков, то все страховые выплаты рассчитываются исходя из такой страховой суммы, при этом общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, не может превышать единой (общей) страховой суммы.

Для страховых рисков, по которым в договоре страхования установлены отдельные страховые суммы, страховая выплата рассчитывается, исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, при этом размер страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по одному страховому риску, ограничен размером страховой суммы, установленной по такому страховому риску и не может ее превышать. Если наступившее событие является страховым случаем одновременно по нескольким страховым рискам, предусмотренным договором страхования, то страховые выплаты по каждому из наступивших страховых случаев рассчитывается отдельно, исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, и производится независимо от страховых выплат по страховому случаю, наступившему по другому страховому риску.

9.13.2. При наступлении страхового случая по страховому риску из числа указанных в п.п. 3.2.1 – 3.2.12 настоящих Правил страхования, в размере - 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску.

9.13.3. При наступлении страхового случая по страховому риску из числа указанных в п.п. 3.2.13 – 3.2.23 настоящих Правил страхования, в размере:

- 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску – при установлении Застрахованному лицу I группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;

- 100% (сто процентов) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску - при установлении Застрахованному лицу II группы инвалидности;

- 65% (шестьдесят пять процентов) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску - при установлении Застрахованному лицу III группы инвалидности.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы) при установлении соответствующей группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид».

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

9.13.4. При наступлении страхового случая по страховому риску, указанному в п. 3.2.24 настоящих Правил страхования, – в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по данному страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях» для соответствующего вида телесного повреждения.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 10 к Правилам страхования.

9.13.5. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п. 3.2.25 настоящих Правил страхования, – в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат по травмам в результате несчастного случая» для соответствующего вида полученной травмы.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 8 к Правилам страхования.

9.13.6. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п. 3.2.26 настоящих Правил страхования, – в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат по травмам в результате в результате дорожно-транспортного происшествия» для соответствующего вида полученной травмы.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 9 к Правилам страхования.

9.13.7. При наступлении страхового случая по страховому риску, указанному в п. 3.2.27 настоящих Правил страхования, – в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по данному страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат при ожогах» для соответствующего вида полученного повреждения.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 1 к Правилам страхования.

9.13.8. При наступлении страхового случая по страховому риску, указанному в п. 3.2.28 настоящих Правил страхования – в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по данному страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат при переломах» для соответствующего вида полученного повреждения.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 3 к Правилам страхования.

9.13.9. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п.п. 3.2.29 – 3.2.31 настоящих Правил страхования - в размере от 0,01% до 5% (конкретный размер указывается в договоре страхования) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день временной нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с первого или другого указанного в договоре страхования дня временной нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), но не более за 100 (сто) дней в течение каждого полного года с даты вступления договора страхования в силу (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

9.13.10. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п.п. 3.2.32 – 3.2.34 настоящих Правил страхования в размере от 0,01% до 5% (конкретный размер указывается в договоре страхования) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день госпитализации, начиная с первого или другого указанного в договоре страхования дня госпитализации, но не более за 90 (девяносто) дней в течение каждого полного года с даты вступления договора страхования в силу (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

9.13.11. При наступлении страхового случая по страховому риску из числа указанных в п.п. 3.2.35 – 3.2.36 настоящих Правил страхования, в размере - 100 % (сто процентов) от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы) при наступлении соответствующего страхового случая.

9.13.12. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п.п. 3.2.37 – 3.2.39 настоящих Правил страхования - в проценте от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по соответствующему страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат при хирургических операциях» для соответствующей хирургической операции.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 11 к Правилам страхования.

9.13.13. При наступлении страхового случая по страховому риску, из числа указанных в п.п. 3.2.40 – 3.2.41 настоящих Правил страхования – в размере определенного процента от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному страховому риску, соответствующего размеру процента, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, если иной размер процента от страховой суммы не предусмотрен договором страхования.

9.13.14. При наступлении страхового случая по страховому риску, указанному в п. 3.2.42 настоящих Правил страхования, – в проценте от страховой суммы, установленной в договоре страхования для Застрахованного лица по данному страховому риску, указанном в «Таблице страховых выплат при особо опасных заболеваниях» для соответствующего заболевания/состояния/хирургического вмешательства.

При этом договором страхования могут быть установлены иные размеры страховых выплат (в процентах от страховой суммы), чем предусмотрены в Приложении № 2 к Правилам страхования.

9.14. Страховые выплаты по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.43 - 3.2.46 настоящих Правил страхования определяются и осуществляются в следующем порядке:

9.14.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. программой ДМС, указанной в договоре страхования), и оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и медицинских организаций с последующей оплатой таким медицинским организациям и сервисным компаниям, организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, на основании документов, предоставленных такими организациями: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

9.14.2. Медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС, указанной в договоре страхования, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качеству таких услуг.

9.14.3. Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц организует оказание (или отказывает в оказании) и производит оплату медицинских и иных услуг в объеме и сроки, предусмотренные договором страхования (в т.ч. в Программе ДМС, указанной в договоре страхования):

9.14.3.1. до окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п.п. 9.14.3.2, 9.14.3.3 настоящих Правил страхования;

9.14.3.2. до даты их фактического оказания – в случаях если в течение срока страхования Страховщик признал событие страховым случаем и принял решение об оплате определенных медицинских и иных услуг в порядке предусмотренном в п. 9.14.5 настоящих Правил страхования, но на дату окончания срока страхования, установленного в договоре страхования по соответствующему страховому риску, такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

9.14.3.3. до момента окончания посмертной репатриации останков Застрахованного лица - в случае если смерть Застрахованного лица наступила после окончания срока страхования, но в период оказания ему медицинских и иных услуг, указанных в п. 9.14.3.2 настоящих Правил страхования, и Страховщик до окончания срока страхования в порядке, предусмотренном в п. 9.14.5 настоящих Правил страхования, принял на себя обязательства по организации и оплате обратного проезда Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

9.14.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, или стоимостью самих услуг, и не может превышать страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, а также лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), предусмотренных настоящими Правилами страхования (в т.ч. приложениями к Правилам страхования) и/или договором страхования.

9.14.5. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой ДМС, указанной в договоре страхования, непосредственно сервисным компаниям и медицинским организациям, организующим и оказывающим такие услуги.

Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу на основании утвержденного Страховщиком страхового акта.

9.15. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

9.15.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

9.15.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

9.15.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

9.16. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

9.16.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования (раздел 4 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или Программах ДМС);

9.16.2. если сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленный в настоящих Правилах страхования и (или) в договоре страхования (в т.ч. в приложениях к нему) Страховщик отказывает страховой выплате в части превышающий лимит ответственности (лимит страхового обязательства);

9.16.3. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

9.16.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования;

9.16.5. при поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программах ДМС (в зависимости от того, что применимо);

9.16.6. по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).

10. Права и обязанности

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, по требованиям Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования;

10.1.2. предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10.1.3. при признании события страховым случаем и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке, установленные в разделе 9 настоящих Правил страхования или договоре страхования;

10.1.4. без письменного согласия Страхователя / Застрахованного лица / Выгодоприобретателя не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.1.5. предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемых Страхователем / Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

10.2.2. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем;

10.2.3. проверять выполнение Страхователем положений договора страхования;

10.2.4. уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного(ых) страхового(ых) взноса(ов) (в т.ч. посредством смс-рассылок);

10.2.5. осуществлять контроль и оценку качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления в любой форме и любым способом по усмотрению Страховщика;

10.2.6. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 6.10 Правил страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в п. 6.10 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

10.2.7. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;

10.2.8. осуществлять иные действия для исполнения положений договора страхования.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные договором страхования;

10.3.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику полные и достоверные сведения, необходимые для заключения договора страхования и(или) оценки страхового риска;

10.3.3. незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 6.10 Правил страхования). При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня их получения. Сведения, представленные при заключении договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

10.3.4. уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п. 6.10 настоящих Правил страхования. Указанное в настоящем подпункте уведомление (с приложениями (если предусмотрены)) подлежит направлению в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом, Стороны могут согласовать иные сроки представления уведомления (приложений к нему);

10.3.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страхованию от несчастных случаев и/или болезней, известить об этом Страховщика в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события;

10.3.6. в случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом, любым доступным способом довести до сведения Застрахованного лица информацию о том, что в отношении него заключен договор страхования, а также сведения о Страховщике: реквизиты лицензии, подтверждающей право Страховщика осуществлять страхование, сведения о режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация).

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;

10.4.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10.4.3. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в договоре страхования Выгодоприобретателя по страхованию от несчастных случаев и/или болезней другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);

10.4.4. получить дубликат договора в случае его утраты;

10.4.5. отказаться от исполнения договора страхования в любой момент и уведомить об этом Страховщика;

10.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

10.5.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования;

10.5.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации

10.5.3. по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.43 – 3.2.46 настоящих Правил страхования;

10.5.3.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программы ДМС, указанной в договоре страхования);

10.5.3.2. сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

10.6. Застрахованное лицо обязано по договорам страхования, предусматривающим страхование по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.43 – 3.2.46 настоящих Правил страхования:

10.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования;

10.6.2. обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию (в случае, если такая компания указана в договоре страхования (в том числе, в Программе ДМС) в порядке, указанном в настоящих Правилах страхования и/или в договоре страхования (в том числе, в Программе ДМС) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

10.6.3. не передавать договор страхования, а также карточку Застрахованного лица, содержащую информацию о договоре страхования, пропуск в медицинские организации (если оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

10.7. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами страхования и(или) действующим законодательством Российской Федерации.

10.8. Права и обязанности Страхователя / Застрахованного лица по договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

11. Порядок разрешения споров

11.1. Все споры, возникающие между Сторонами по договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Споры между юридическими лицами разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы.

12. Персональные данные

12.1. При обработке персональных данных Страхователя / Застрахованного лица / Выгодоприобретателя, являющегося физическим лицом (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

12.1.1. для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения договора страхования;

12.1.2. для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;

12.1.3. для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика (в т. ч. оценки страхового риска);

12.1.4. для целей перестрахования Страховщиком рисков, принятых по договору страхования, и заключения, исполнения, изменения, прекращения соответствующего (-их) договора (-ов) перестрахования;

12.1.5. для иных законных и заявленных субъекту персональных данных целей (при наличии).

Заклячая договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

При обработке персональных данных Страховщик обязан соблюдать безопасность и конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, а также выполнять иные требования, предусмотренные законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Страховщик обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения выполнения указанных обязанностей. При этом Страховщик самостоятельно определяет состав и перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения выполнения обязанностей. В частности, Страховщик при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.