



ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

29 апреля 2005 г.

с изменениями и дополнениями, утвержденными
Приказами от 31.03.2006 № 166, от 26.12.2007 № 470, от 25.06.2008 № 274,
от 10.08.2009 № 299, от 05.11.2009 № 436, от 15.12.2010 № 543,
от 03.08.2011 № 415, от 06.08.2013 № 497 (изменение Дополнительных
условий № 5), от 14.10.2013 № 656, от 01.07.2014 № 489, от 30.04.2015 № 353,
от 15.05.2015 № 375, от 14.08.2017 № 410, от 28.12.2018 № 746

1. Общие положения. Субъекты страхования
 2. Объект страхования
 3. Страховые случаи
 4. Страховая сумма
 5. Страховая премия
 6. Договор страхования и срок его действия
 7. Заключение договора страхования
 8. Права и обязанности сторон
 9. Действия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая
 10. Страховые выплаты
 11. Досрочное прекращение договора страхования
 12. Разрешение споров
- Приложения № 1 – 5. Дополнительные условия № 1 – 5
Приложения № 6 – 8. Таблицы размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем
Приложение № 9. Таблица размеров страховых выплат в связи с оперативными вмешательствами
Приложения № 10 – 18. Таблицы заболеваний
Приложение № 19. Таблица видов спорта
Приложение № 20. Особые условия коллективного страхования от несчастных случаев и болезней
Приложение № 21. Особые условия № 2 коллективного страхования от несчастных случаев и болезней

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ»), именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи, договоры страхования физических лиц, именуемых далее Застрахованные лица, от несчастных случаев и болезней.

1.2. Страхователь – физическое лицо вправе застраховать себя (в этом случае он сам является Застрахованным лицом) и/или других физических лиц.

Страхователь – юридическое лицо заключает договоры страхования физических лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. По настоящим Правилам принимаются на страхование физические лица, возраст которых на дату заключения договора составляет 1 год и более.

1.3.1. Возраст Застрахованного лица принимается равным числу полных лет.

1.4. По настоящим Правилам не принимаются на страхование по рискам, указанным в п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил, лица, являющиеся инвалидами I группы или имеющие категорию «ребенок-инвалид».

1.5. Право на получение страховой выплаты принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор.

1.5.1. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не указано иное лицо (Выгодоприобретатель) для получения страховых выплат.

1.5.2. Выгодоприобретатель назначается с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным

по иску Застрахованного лица, а в случае его смерти – по иску его наследников.

1.5.3. Если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель, то по рискам, указанным в п.п. 3.2.4, 3.2.8 настоящих Правил, в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями признаются его наследники.

1.5.4. 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 Застрахованного лица.

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

1.5.5. В случае, если Застрахованное лицо – несовершеннолетний или недееспособное лицо, назначение Выгодоприобретателя осуществляется Страхователем по согласованию с законным представителем Застрахованного лица. с письменного согласия законного представителя Застрахованного лица.

1.6. Страховые выплаты, предусмотренные договором страхования, производятся независимо от сумм, причитающихся по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания или смертью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания.

2.2. Под несчастным случаем понимается фактически произошедшее с Застрахованным лицом в течение срока действия договора страхования и в период страхового покрытия (п. 3.4 настоящих Правил) внезапное, непредвиденное событие, повлекшее за собой последствия, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.2.1 – 3.2.4, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.12, 3.2.15 настоящих Правил). Несчастные случаи, произошедшие в результате террористического акта, считаются включенными в договор страхования, если его условиями не предусмотрено иное.

К несчастным случаям по настоящим Правилам относятся:

2.2.1. Травмы, под которыми понимаются:

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

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

в) сотрясение мозга (кроме случаев, указанных в п. 3.11.1 настоящих Правил);

г) ушиб мозга;

д) асфиксия, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;

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

Договором страхования может быть предусмотрено, что к несчастным случаям относятся укусы змей, насекомых (в т.ч. пауков и клещей), которые привели к возникновению иных патологических состояний, заболеваний помимо анафилактического шока. Указанные последствия укусов змей, насекомых относятся к несчастным случаям, только если это прямо предусмотрено договором страхования.

2.2.2. Отравления, под которыми понимаются:

а) случайное острое отравление ядовитыми растениями; химическими веществами, за исключением пищевой токсикоинфекции (ботулизма, сальмонеллеза, дизентерии, шигеллеза, клебсиеллеза, иерсиниоза и других заболеваний в соответствии с кодом А05 по МКБ-10) и отравления спиртосодержащими жидкостями;

б) случайное острое отравление лекарственными препаратами. При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 11 лет (включительно) к несчастному случаю относится только случайное острое отравление лекарственными препаратами, прописанными по назначению лечащего врача; для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 11 лет – любые случаи отравления лекарственными препаратами.

2.2.3. Пищевая токсикоинфекция (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиеллез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом А05 по МКБ-10).

Указанные в п. 2.2.3 настоящих Правил события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в договоре страхования.

2.2.4. Причинение вреда жизни и здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций.

К неправильным медицинским манипуляциям относятся манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные судом отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к событиям, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.2.1 – 3.2.4, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.12, 3.2.15 настоящих Правил).

Указанные в п. 2.2.4 настоящих Правил события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в договоре страхования.

2.3. Под заболеванием по настоящим Правилам понимается диагностированное в течение срока действия договора страхования заболевание или состояние Застрахованного лица, предусмотренное договором страхования, повлекшее за собой последствия, на случай наступления которых осуществлялось страхование (из числа указанных в п.п. 3.2.5 – 3.2.8, 3.2.9, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил). Под диагностированием заболевания по настоящим Правилам понимается впервые диагностированное заболевание и/или, если это прямо предусмотрено договором страхования:

– обострение хронического заболевания, и/или

– заболевание, диагностированное до даты заключения договора страхования, квалифицированное как соматическое, за исключением профессионального заболевания.

Обострение хронического заболевания не может быть предусмотрено по риску, указанному в п. 3.2.14 настоящих Правил.

В договор страхования могут быть включены:

2.3.1. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 1 (Приложение № 10 к настоящим Правилам);

2.3.2. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 2 (Приложение № 11 к настоящим Правилам);

2.3.3. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 3 (Приложение № 12 к настоящим Правилам);

2.3.4. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 4 (Приложение № 13 к настоящим Правилам);

2.3.5. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 5 (Приложение № 14 к настоящим Правилам);

2.3.6. любые заболевания, кроме исключенных настоящими Правилами и договором страхования. В договоре страхования (страховом полисе) данные заболевания могут сокращенно именоваться «естественные причины»;

2.3.7. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 6 (Приложение № 15 к настоящим Правилам);

2.3.8. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 7 (Приложение № 16 к настоящим Правилам);

2.3.9. заболевания и состояния, указанные в Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение № 17 к настоящим Правилам);

2.3.10. заболевания и состояния, указанные в Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение № 18 к настоящим Правилам).

2.4. Страхование по Таблицам заболеваний № 1, 5, Таблицам заболеваний и травм № 8, 9 производится по совокупности всех заболеваний, указанных в соответствующей Таблице. При страховании по Таблицам заболеваний № 2, 3, 4, 6, 7 при заключении договора страхования производится выбор заболеваний из числа указанных в Таблице. При страховании по Таблице размеров страховых выплат в связи с оперативными вмешательствами (Приложение № 9 к настоящим Правилам, далее по тексту - Таблице оперативных вмешательств) при заключении договора страхования производится выбор оперативных вмешательств из числа указанных в Таблице.

2.5. Перечень заболеваний для страховых случаев по п. 3.2.5 настоящих Правил определяется в договоре страхования из числа указанных в п.п. 2.3.1 – 2.3.7 настоящих Правил.

2.6. Перечень заболеваний для страховых случаев по п.п. 3.2.6 – 3.2.8 настоящих Правил определяется в договоре страхования из числа указанных в п.п. 2.3.1 – 2.3.6 настоящих Правил.

2.7. Для страхового случая по п. 3.2.9 настоящих Правил страхование производится по п. 2.3.6 настоящих Правил, исключая профессиональные заболевания.

2.8. Для страховых случаев, указанных в п.п. 3.2.11, 3.2.13 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.6 настоящих Правил.

2.9. Для страхового случая, указанного в п. 3.2.14 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.8 настоящих Правил.

2.10. Для страхового случая, указанного в п. 3.2.15 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.9 или п. 2.3.10 настоящих Правил.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого заключается договор страхования.

Страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п. 3.2 настоящих Правил, явившееся следствием несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования и в указанный в договоре страхования период страхового покрытия (п. 3.4 настоящих Правил), или заболевания, диагностированного в период действия договора страхования, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с настоящими Правилами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п.п. 3.6 – 3.13 настоящих Правил).

3.2. По настоящим Правилам договором страхования могут предусматриваться страховые выплаты при наступлении страховых случаев по следующим рискам:

3.2.1. **«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»** (подпункт «а») / **«Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая»** (подпункт «б»):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная несчастным случаем и наступившая в течение 30 дней со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года).

Фактом временной утраты трудоспособности признается: – нетрудоспособность определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил);

– нетрудоспособность любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное несчастным случаем и наступившее в течение 30 дней со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года).

Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или лечение любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил) и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем.

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

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

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

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

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

3.2.5. **«Временная утрата трудоспособности в результате заболевания»** (подпункт «а») / **«Временное расстройство здоровья в результате заболевания»** (подпункт «б»):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшая в течение срока действия договора страхования временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования.

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или нетрудоспособность любой продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшее в течение срока действия договора страхования временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования.

Фактом временного расстройства здоровья по данному риску признается лечение определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или лечение любой

продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

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

а) Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) страховым случаем является постоянная утрата трудоспособности, под которой понимается установление инвалидности I, II или III группы (для лиц, имеющих инвалидность II или III группы – установление более тяжелой группы инвалидности), обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания;

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

б) Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 18 лет страховым случаем является установление инвалидности, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания. При этом под установлением инвалидности понимается установление категории «ребенок-инвалид», либо, если заболевание произошло с Застрахованным лицом в возрасте до 18 лет, но на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 лет, – установление любой группы инвалидности.

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

3.2.7.1. Договором страхования может быть предусмотрено, что утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания является страховым случаем только при условии, что она повлекла за собой:

– прекращение трудового договора с Застрахованным лицом (в соответствие с п. 8 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации) в течение срока действия Договора страхования вследствие отказа данного Застрахованного лица от перевода на другую работу, необходимую ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными актами Российской Федерации, либо отсутствия у работодателя соответствующей работы;

– временный (продолжительностью более 4-х месяцев) или постоянный перевод Застрахованного лица (в соответствии со ст. 73 Трудового кодекса Российской Федерации) на другую имеющуюся у работодателя нижеоплачиваемую работу в течение срока действия Договора страхования, не противопоказанную данному Застрахованному лицу по состоянию здоровья в связи с медицинским заключением врачебной комиссии, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Не является страховым случаем временный перевод на другую работу на срок до 4-х месяцев согласно ст. 73 Трудового кодекса Российской Федерации.

3.2.8. «Смерть в результате заболевания» – смерть Застрахованного лица, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшая в течение срока действия договора страхования.

3.2.9. «Временная нетрудоспособность в результате заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)» – временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в течение срока действия договора страхования в результате заболевания, за исключением профессионального, или несчастного случая по п. 2.2.1 настоящих Правил, произошедшего в быту, со страховой выплатой только за первые два дня нетрудоспособности

согласно п. 10.3.4 настоящих Правил.

3.2.10. «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства «(подпункт «а»)/ «Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства «(подпункт «б»):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, наступившая в течение 30 дней со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года), приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства, предусмотренного условиями договора страхования, в стационарных условиях или в условиях специализированного хирургического кабинета (за исключением стационара на дому).

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре или в условиях специализированного хирургического кабинета, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая, приведшего к необходимости проведения во время пребывания в стационаре оперативного вмешательства (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или нетрудоспособность любой продолжительности, обусловленная пребыванием в обусловленная пребыванием в стационаре или специализированном хирургическом кабинете, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая, приведшего к необходимости проведения во время пребывания в стационаре или специализированном хирургическом кабинете оперативного вмешательства, указанного в Таблице оперативных вмешательств (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая, наступившее в течение 30 дней со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года), приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства, предусмотренного условиями договора страхования, в стационарных условиях или в условиях специализированного хирургического кабинета (за исключением стационара на дому).

Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности, обусловленное пребыванием в стационаре или в условиях специализированного хирургического кабинета, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая, приведшего к необходимости проведения во время пребывания в стационаре или в условиях специализированного хирургического кабинета оперативного вмешательства (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или лечение любой продолжительности, обусловленное пребыванием в стационаре или в условиях специализированного хирургического кабинета, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая, приведшего к необходимости проведения во время пребывания в стационаре или в условиях специализированного хирургического кабинета оперативного вмешательства, указанного в Таблице оперативных вмешательств (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

в) Данный страховой случай в договоре страхования может сокращенно именоваться «Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая».

3.2.11. «Временная утрата трудоспособности в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства (подпункт «а»)/ «Временное расстройство здоровья в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства» (подпункт «б»):

травмы, предусмотренное договором страхования и диагностированное в течение срока действия договора страхования.

3.3. По соглашению сторон в договор страхования могут быть включены как все страховые случаи, перечисленные в п.п. 3.2.1 – 3.2.15 настоящих Правил, так и отдельные из них в различных сочетаниях.

3.3.1. По соглашению сторон в договор страхования могут быть включены условия страхования, указанные в Дополнительных условиях № 1, № 2, № 3, № 4, № 5 (Приложения №№ 1, 2, 3, 4, 5 к настоящим Правилам), в Особых условиях коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (Приложение № 20 к настоящим Правилам), в Особых условиях № 2 коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (Приложение № 21 к настоящим Правилам).

3.4. По страхованию от несчастного случая в договоре страхования устанавливается период страхового покрытия. Если несчастный случай произошел вне периода страхового покрытия, указанного в договоре страхования, то обусловленные им случаи страховыми не являются и выплат по ним не производится.

По настоящим Правилам для страхования от несчастного случая могут быть предусмотрены следующие варианты периода страхового покрытия в течение срока действия договора страхования:

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

а) «Период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей».

Данный период страхового покрытия начинается в момент начала рабочего времени и заканчивается в момент окончания рабочего времени (за исключением перерывов для отдыха и питания, если иное не предусмотрено договором страхования), предусмотренного для Застрахованного лица, и распространяется на те дни, в которые Застрахованное лицо исполняет трудовые обязанности.

Если для Застрахованного лица локальным нормативным актом работодателя установлен индивидуальный режим рабочего времени, данным периодом страхового покрытия для Застрахованного лица является период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с данным локальным нормативным актом.

Если иное не предусмотрено договором страхования, для Застрахованных лиц, работающих вахтовым методом, иных Застрахованных лиц, характер выполняемой работы которых исключает возможность ежедневного возвращения к месту проживания (исключая лиц, находящихся в командировках), в данный период страхового покрытия не включаются:

– время междусменного отдыха, в том числе, время междусменного отдыха при следовании на транспортном средстве в качестве сменщика (водитель-сменщик на транспортном средстве, проводник или механик рефрижераторной секции в поезде, член бригады почтового вагона и другие), время ежедневного (междусменного) отдыха при работе вахтовым методом и т.д.;

– время, необходимое для приведения в порядок орудий производства и одежды, выполнения других предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка действий перед началом и после окончания работы;

– время нахождения на судне (воздушном, морском, речном) в свободное от вахты и судовых работ время.

Если иное не предусмотрено договором страхования, для Застрахованных лиц, находящихся в командировках, в данный период страхового покрытия включается период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка работодателя Застрахованного лица.

Если иное не предусмотрено договором страхования, время проезда к месту командирования и обратно в данный период страхового покрытия не включается.

б) «Период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей и указанное в договоре страхования время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту исполнения им трудовых обязанностей и обратно». Данный период страхового покрытия включает в себя период испол-

нения трудовых обязанностей, определенный аналогично указанному в п. 3.4.1 «а» настоящих Правил, а также время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту исполнения трудовых обязанностей (до начала работы) и обратно (после работы), но не более указанного в договоре страхования количества часов на время в пути. Время в пути не включает время нахождения Застрахованного лица в любых учреждениях, организациях (например, торговых, спортивных, развлекательных и т.д.) по пути следования от места жительства к месту исполнения им трудовых обязанностей и обратно.

в) период времени, в течение которого Застрахованное лицо не исполняет трудовые обязанности («Несчастный случай в быту»);

г) «24 часа в сутки»;

д) период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в договоре страхования видами спорта («Несчастный случай во время занятий спортом»).

3.4.2. для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 18 лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений:

а) «Период нахождения Застрахованного лица в дошкольном или учебном заведении»;

б) «Период нахождения Застрахованного лица в дошкольном или учебном заведении и указанное в договоре страхования время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту нахождения дошкольного или учебного заведения и обратно»;

в) период времени, в течение которого Застрахованное лицо не находится в дошкольном или учебном заведении («Несчастный случай в быту»);

г) «24 часа в сутки»;

д) период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в договоре страхования видами спорта («Несчастный случай во время занятий спортом»).

3.4.3. По настоящим Правилам под занятиями спортом понимается осуществление тренировочного процесса и/или участие в соревнованиях по видам спорта, указанным в Таблице видов спорта (Приложение № 19 к настоящим Правилам), или способ проведения свободного времени (в том числе, однократно или не регулярно) с участием в занятиях видами спорта, указанными в Таблице видов спорта (Приложение № 19 к настоящим Правилам).

3.4.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил период страхового покрытия по страхованию от несчастного случая устанавливается в соответствии с п. 3.4.1 «в» настоящих Правил.

3.5. Страхование на случай заболеваний по п.п. 3.2.5 – 3.2.7, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил действует 24 часа в сутки.

3.5.1. При включении в договор страхования риска «Смерть в результате заболевания» (п. 3.2.8 настоящих Правил) договором страхования может быть предусмотрено, что страхование на случай смерти в результате заболевания действует 24 часа в сутки или в период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей.

3.5.2. По страхованию на случай смерти в результате заболевания страхование действует 24 часа в сутки, если в договоре страхования не предусмотрен иной период.

3.6. Не являются страховыми случаями причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие:

3.6.1. при совершении Застрахованным лицом умышленных действий, в том числе умышленного причинения телесных повреждений, повлекших причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица;

3.6.2. при совершении Застрахованным лицом умышленного противоправного действия, факт которого установлен компетентными органами;

3.6.3. в результате покушения Застрахованного лица на самоубийство или совершения им самоубийства, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до этого противоправными действиями третьих лиц (договором страхования может предусматриваться полное или частичное неприменение данного исключения). При этом Страховщик не освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае смерти Застрахованного лица в результате

самоубийства, если к этому моменту договор страхования действовал не менее 2 лет;

3.6.4. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством, аппаратом или прибором без права такого управления или при передаче Застрахованным лицом управления лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством, аппаратом или прибором;

3.6.5. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии любой формы опьянения (алкогольного, наркотического, токсического и др.) или после принятия лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством, или при передаче Застрахованным лицом управления лицу, находящемуся в таком состоянии.

Перечисленные в настоящем пункте деяния признаются таковыми судом или иными компетентными органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

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

3.7. Не являются застрахованными случаи установления инвалидности по пересвидетельствованию, за исключением случаев, указанных в п. 10.3.6 настоящих Правил.

3.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, то в соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица произошли в результате:

3.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.8.2. военных действий, а также манёвров или иных военных мероприятий;

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

3.9. Если договором страхования не предусмотрено иное, то не являются застрахованными случаи причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие в результате:

3.9.1. чрезвычайных (особых) положений, объявленных органами власти в установленном законом порядке в связи с событиями, перечисленными в п.п. 3.8.1 – 3.8.3 настоящих Правил;

3.9.2. занятий Застрахованного лица видами спорта, указанными в Таблице видов спорта (Приложение № 19 к настоящим Правилам). Данное исключение не применяется к договорам страхования, заключенным с выбором периода страхового покрытия «Несчастный случай во время занятий спортом» в части указанных в договоре страхования видов спорта.

3.10. По страхованию на случай заболевания не являются страховыми случаями последствия:

3.10.1. заболеваний, не включенных в договор страхования;

3.10.2. заболеваний, имевшихся у Застрахованного лица, о которых Страхователь (Застрахованное лицо) знал, но не сообщил Страховщику при заключении договора страхования (договором страхования может предусматриваться неприменение данного исключения по всем или отдельным из рисков по п.п. 3.2.5, 3.2.6, 3.2.7, 3.2.8, 3.2.11, 3.2.13 настоящих Правил). Данное исключение не распространяется на страховой случай согласно п. 3.2.9, 3.2.15 настоящих Правил.

3.10.3. заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления договора страхования в силу. Данное исключение распространяется на страховые случаи согласно п. 3.2.14 настоящих Правил;

3.10.4. заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ (если иное не предусмотрено договором страхования).

3.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, по страхованию от несчастного случая не являются застрахованными последствия:

3.11.1. сотрясения мозга при сроках лечения:

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

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

3.11.2. несчастного случая, наступившего во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, подтвержденного соответствующими документами.

Под «алкогольным опьянением» по настоящим Правилам понимается состояние Застрахованного лица, при котором у Застрахованного лица уровень содержания этилового спирта в выдыхаемом воздухе составляет более 0,16 мг/л или 0,35 г/л в крови, при этом если имеется более двух показателей и они разнятся, то за основу берется большее значение. Если в медицинских документах не указан уровень содержания этилового спирта, но имеется указание на нахождение Застрахованного лица в состоянии опьянения или алкогольной интоксикации, то Застрахованное лицо также считается находящимся в состоянии алкогольного опьянения.

Данное исключение не применяется, если вред жизни и здоровью Застрахованного лица был причинен в результате происшествий (аварии, катастрофы, дорожно-транспортного происшествия) с любым средством транспорта, на котором Застрахованное лицо находилось в качестве пассажира, что должно быть подтверждено документами компетентных органов, проводивших уголовное или административное расследование (разбирательство) по факту происшествия с транспортным средством.

3.11.2.1. если условиями договора страхования будет предусмотрено, что последствия несчастных случаев, указанных в п. 3.11.2 настоящих Правил, являются застрахованными, причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие при обстоятельствах, указанных в п. 3.6.5 настоящих Правил, застрахованными не являются;

3.11.3. несчастного случая, обусловленного приступом эпилепсии.

3.12. Договором страхования может быть особо предусмотрено условие о том, что для лиц, впервые принимаемых на страхование, не является застрахованным случай, указанный в п. 3.2.5 настоящих Правил, если диагноз соответствующего заболевания установлен в течение определенного периода с даты вступления договора страхования в силу. Длительность такого периода не может превышать 60 дней.

3.13. При заключении договора страхования по п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил не являются застрахованными случаи временной нетрудоспособности / временного расстройства здоровья в результате несчастного случая (заболевания), приведшего к необходимости оперативного вмешательства:

– с целью косметологической коррекции, в том числе, для целей устранения косметологических дефектов, если данные дефекты не являются следствием несчастного случая или заболевания (из числа предусмотренных в договоре страхования), произошедших в течение срока действия договора страхования;

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

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

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

3.14. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель, Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая (п. 9.3 настоящих Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

3.15. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным лицом или его законным представителем, Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

4.2. Размер страховой суммы определяется по соглашению сторон.

Страховая сумма, установленная для конкретного Застрахованного лица, именуется далее индивидуальная страховая сумма.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком может изменить количество Застрахованных лиц и их индивидуальные страховые суммы при условии внесения соответствующих изменений в договор страхования.

4.4. Страховые суммы указываются в российских рублях или иностранной валюте в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – «страхование в эквиваленте»).

4.5. Договором страхования могут предусматриваться следующие варианты установления страховой суммы:

4.5.1. единая (общая) страховая сумма по всем рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.1 настоящих Правил;

4.5.2. отдельные страховые суммы по каждому риску. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.2 настоящих Правил;

4.5.3. единая (общая) страховая сумма по части рисков, предусмотренных договором страхования, и отдельные страховые суммы по остальным рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.3 настоящих Правил.

4.6. По п. 3.2.9 настоящих Правил устанавливается отдельная страховая сумма.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, которые установлены договором страхования.

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

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, и другие условия страхования.

5.2.1. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

5.3. В случае установления отдельных страховых сумм по рискам, размер страховой премии по договору страхования определяется как сумма страховых взносов по отдельным принятым на страхование рискам.

5.4. Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением.

Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

5.4.1. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем считается дата, указанная в документе, подтверждающем получение Страховщиком или его представителем страховой премии (взноса) (при уплате наличными денежными средствами), или дата поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика или его представителя (при уплате путем безналичного расчета).

По соглашению сторон в договоре страхования может быть указан иной порядок определения даты уплаты страховой премии (взноса) при ее безналичном перечислении.

5.4.2. Датой уплаты страховой премии (взноса) Страхователем – физическим лицом считается:

– при уплате наличными денежными средствами – дата внесения наличных денежных средств Страховщику либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

– при уплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – дата внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

– при уплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов – дата подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией. При уплате страховой премии по договору страхования, заключаемому в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика, обслуживающей Страхователя кредитной организацией считается организация, осуществляющая оказание услуг интернет-эквайринга.

5.4.3. При заключении договора страхования в форме электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и в настоящих Правилах.

5.5. При заключении договора страхования на срок менее одного года сумма страховой премии исчисляется в устанавливаемых Страховщиком процентах от величины годовой страховой премии в зависимости от срока действия договора страхования:

Срок действия договора страхования	Процент от годовой премии
1 – 7 дней	10
8 – 15 дней	15
16 дней – 1 месяц	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90
11 месяцев	95

5.5.1. При заключении договора страхования на срок более одного года страховой тариф (T) определяется по формуле:

$$T = T_f \cdot m / 12$$

где:

T_f – страховой тариф при сроке действия договора страхования 1 год;

m – срок действия договора страхования (в месяцах). Неполный месяц принимается за полный.

5.6. В случае неуплаты Страхователем в предусмотренные договором страхования сроки очередных страховых взносов договор страхования прекращается, если договором страхова-

ния или письменным соглашением сторон не предусмотрено иное.

5.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса, если договор страхования не был прекращен в соответствии с п. 5.6 настоящих Правил.

5.8. При увеличении размера страховой суммы в соответствии с п. 4.3 настоящих Правил размер дополнительного страхового взноса (D) исчисляется по формуле:

$$D = [C_2 - C_1] \cdot T \cdot n/m,$$

где:

C_2 – конечная величина страховой суммы;

C_1 – первоначальная величина страховой суммы;

n – число месяцев, оставшихся до конца срока действия договора страхования, при этом неполный месяц считается за полный;

T – страховой тариф (за весь срок действия договора страхования);

m – срок действия договора страхования (в месяцах).

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную в договоре страхования страховую премию при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).

6.2. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок (в том числе, на время определенной работы, командировки, мероприятия и т.п.).

По страховым случаям, указанным в п.п. 3.2.5 – 3.2.9, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил, срок действия договора страхования не может быть менее 6 месяцев.

6.3. Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

а) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку) – при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

б) с момента уплаты страховой премии (или ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку) – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.3.1. Если договор страхования вступает в силу не ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку:

а) страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то договор страхования в силу не вступает;

б) очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) не был уплачен или был уплачен не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 11.3 настоящих Правил.

6.3.2. Если договор страхования вступает в силу ранее уплаты страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) и к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена или была уплачена не в полном объеме, то Страховщик вправе применить последствия, указанные в п. 11.3 настоящих Правил.

6.4. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа местного времени дня, который указан в договоре страхования как дата его окончания, если договором страхования не

предусмотрено иное. Местное время определяется по месту заключения договора страхования.

6.5. При исполнении Страховщиком своих обязательств по страховым выплатам по конкретному риску (совокупности рисков при единой (общей) страховой сумме) в полном объеме договор страхования прекращается в отношении конкретного страхового риска (совокупности рисков), по которому общая сумма страховых выплат достигла установленной для этого риска (совокупности рисков) страховой суммы.

6.6. Страховщик не производит страховых выплат по несчастным случаям, которые произошли до вступления договора страхования в силу.

6.7. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления, составленного в произвольной форме, выдаётся дубликат.

После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям договора страхования:

7.1.1. о Застрахованном лице;

7.1.2. о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (о страховом случае);

7.1.3. о размере страховой суммы;

7.1.4. о сроке действия договора страхования.

7.2. Для заключения договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

– письменное или устное заявление Страхователя. Заявление, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования;

– сведения и документы, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования;

– список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме (если сведения о Застрахованных лицах указываются в прилагаемом к договору страхования Списке Застрахованных лиц);

– согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия.

При проведении идентификации клиента, представителя клиента, выгодоприобретателя, бенефициарного владельца, обновлении информации о них Страховщик вправе требовать представления клиентом, представителем клиента и получать от клиента, представителя клиента документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

7.2.1. При заключении договора страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в соответствии с п. 7.4.1 настоящих Правил сообщением Страхователем – физическим лицом сведений, необходимых для заключения договора страхования, осуществляется путем заполнения полей формы на официальном сайте Страховщика.

Заполнение полей формы на официальном сайте Страховщика без последующего подписания простой электронной

подпись Страхователя-физического лица признается равнозначным устному заявлению Страхователя-физического лица.

Заполнение полей формы на официальном сайте Страховщика с последующим подписанием простой электронной подписью Страхователя-физического лица признается равнозначным письменному заявлению на страхование на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью Страхователя – физического лица.

Сведения о лицах, указываемых в договоре страхования (Страхователе, Выгодоприобретателях) оформляются на официальном сайте Страховщика путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика.

Согласие Страхователя – физического лица на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) (п. 7.2 настоящих Правил) оформляются на официальном сайте Страховщика путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика.

7.3. Страховщик для оценки степени риска имеет право требовать у Страхователя (Застрахованного лица) предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления) о профессиональной принадлежности Застрахованного лица, о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), о наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом.

Договор страхования заключается, как правило, без медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица. Договор страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в соответствии с п. 7.4.1 настоящих Правил заключается без медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица.

При заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Застрахованным лицом результатов медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья. Расходы по прохождению медицинского осмотра (обследования) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

7.3.1. При заключении со Страхователем – физическим лицом договора страхования в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в соответствии с п. 7.4.1 настоящих Правил документы и сведения, указанные в п. 7.3 настоящих Правил, предоставляются Страхователем путем размещения в на сайте Страховщика электронных документов либо электронных копий указанных документов либо путем заполнения полей соответствующих форм, размещенных на официальном сайте Страховщика.

7.4. Договор страхования заключается в письменной форме («договор страхования» или «страховой полис») в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

7.4.1. Договор страхования со Страхователем – физическим лицом может быть заключен в форме электронного документа с использованием официального сайта Страховщика.

При заключении договора страхования в форме электронного документа Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

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

7.5. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется

записью в договоре страхования (страховом полисе).

7.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, в частности об изменении продолжительности сроков, указанных в п.п. 3.2.2, 3.2.3, 3.2.6, 3.2.7 настоящих Правил, сужении перечня повреждений, предусмотренных Таблицами размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем №№ 1 – 3 (Приложения №№ 6 – 8 к настоящим Правилам), а также об изменении размеров страховых выплат в соответствии с Таблицами размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем №№ 1 – 3 (Приложения №№ 6 – 8 к настоящим Правилам), Таблицей оперативных вмешательств (Приложение № 9 к настоящим Правилам).

7.7. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

7.8. Договор страхования признаётся недействительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.9. При включении в договор страхования случаев, указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.5, 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил, Страховщик и Страхователь при заключении договора страхования устанавливают порядок определения размера страховой выплаты:

7.9.1. В размере установленных в договоре страхования процентов от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил). При страховании по п. 3.2.5 данный порядок применяется при включении в договор страхования заболеваний из Таблиц заболеваний №№ 4, 5, а также при страховании по п. 2.3.6 настоящих Правил. При страховании по п.п. 3.2.10, 3.2.11 данный порядок применяется во всех случаях, кроме указанных в пп. «в» п. 7.9.2 настоящих Правил.

При этом договором страхования могут быть предусмотрены следующие ограничения объема страховой ответственности:

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

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

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

7.9.2. По таблицам (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил):

а) по п. 3.2.1 настоящих Правил – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно «Таблице № 1 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 6 к настоящим Правилам) или «Таблице № 2 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 7 к настоящим Правилам) или «Таблице № 3 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 8 к настоящим Правилам), конкретная таблица указывается в договоре страхования;

б) по п. 3.2.5 настоящих Правил при страховании на случай заболеваний, указанных в Таблицах заболеваний № 1, 2, 3, 6 – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно соответствующей Таблице заболеваний;

в) по п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил при страховании на случай оперативных вмешательств, указанных в Таблице оперативных вмешательств (Приложение № 9 к настоящим

Правил) – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице и условиям договора страхования.

7.10. При включении в договор страхования страховых случаев, указанных в п. 3.2.13 настоящих Правил, страховая выплата производится в соответствии с п. 7.9.1 настоящих Правил.

7.11. При включении в договор страхования страхового случая, указанного в п. 3.2.14 настоящих Правил, страховая выплата производится в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице заболеваний и травм № 7 (Приложение № 16 к настоящим Правилам).

7.12. При включении в договор страхования страхового случая, указанного в п. 3.2.15 настоящих Правил, страховая выплата производится в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение № 17 к настоящим Правилам) или Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение № 18 к настоящим Правилам).

7.13. Конкретный порядок расчёта размера страховой выплаты указывается в договоре страхования.

7.14. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие условия страхования излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

7.15. Страховщик вправе присваивать договорам страхования (страховым полисам), заключенным в соответствии с настоящими Правилами на однотипных условиях, определенные маркетинговые наименования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:

8.1.1. до наступления страхового случая заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названное в договоре страхования Застрахованное лицо другим лицом с письменного согласия этого Застрахованного лица (его законного представителя) и Страховщика;

8.1.2. заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названного в договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица (его законного представителя);

8.1.3. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой об изменении условий страхования (страховой суммы, срока действия договора страхования, страховых случаев, периода страхового покрытия, порядка выплат, количества Застрахованных лиц и т.п.);

8.1.4. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. выполнить все необходимые формальности, связанные с заключением договора страхования, в том числе: сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая при заключении договора страхования;

8.2.2. уплачивать страховую премию в сроки и в порядке, определённые договором страхования;

8.2.3. довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил и условия договора страхования;

8.2.4. обеспечить в случае замены Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) другим лицом получение согласия Застрахованного лица (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщённую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований настоящих Правил и условий договора страхования;

8.3.2. потребовать признания договора страхования недействительным и возмещения причинённого ему реального ущерба, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска;

8.3.3. направлять в случае необходимости запросы в компетентные органы и иные учреждения, организации при выяснении обстоятельств наступления несчастного случая, заболевания и их последствий;

8.3.4. привлекать в целях заключения и исполнения договора страхования третьих лиц (в том числе, страховых агентов, страховых брокеров, организации, осуществляющие передачу, хранение и обработку данных о Страхователях и Застрахованных лицах).

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. при заключении договора страхования вручить Страхователю настоящие Правила;

8.4.2. обеспечить конфиденциальность в отношении со Страхователем, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, а также об имущественном положении этих лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

8.4.3. по требованиям Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования.

8.4.4. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования или отдельным соглашением между Страхователем и Страховщиком, информирование осуществляется путем направления Страхователю письма по почте.

8.5. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (в частности, о занятиях Застрахованного лица видами спорта (п. 3.4.3 настоящих Правил) или профессиональной деятельностью, обладающей повышенной вероятностью наступления несчастного случая).

8.6. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) предусмотренных в п. 8.5 настоящих Правил обязанностей Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причинённых расторжением договора.

8.7. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.8. Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только договором страхования не предусмотрено иное или обязанности Страхователя выполнены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем).

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

8.10. При реорганизации Страхователя в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору переходят к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом действующим законодательством Российской Федерации.

8.11. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования жизни и здоровья другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом прав и обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

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

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

8.14. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

8.15. В договоре страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. Застрахованное лицо (его законный представитель), а также Выгодоприобретатель по договору страхования, заключённому в его пользу, при наступлении страхового случая имеет право требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по страховым выплатам.

9.2. Застрахованное лицо при наступлении несчастного случая или заболевания обязано:

9.2.1. немедленно обратиться за помощью в медицинскую организацию и неукоснительно соблюдать рекомендации лечащего врача с целью уменьшения последствий несчастного случая или заболевания;

9.2.2. в случае, если Застрахованное лицо не является Страхователем, уведомить последнего: о факте несчастного случая (обстоятельствах, при которых он произошёл, его последствиях) или факте обращения за медицинской помощью по поводу заболевания и установлении соответствующего диагноза;

9.2.3. по требованию Страховщика пройти медицинский осмотр (комиссию) для принятия Страховщиком решения о размере страховой выплаты.

В случае если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо ответственность за выполнение обязанностей, указанных в п.п. 9.2.1 – 9.2.3 настоящих Правил, несёт законный представитель Застрахованного лица.

9.3. Страхователь обязан уведомить Страховщика о наступлении у Застрахованного лица последствий несчастного случая или заболевания в следующие сроки:

9.3.1. в случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты окончания временной нетрудоспособности/окончания лечения;

9.3.2. в случае диагностирования заболевания, предусмотренного договором страхования, при страховании по п. 3.2.14 настоящих Правил – не позднее 30-ти дней с даты установления диагноза;

9.3.3. в случае установления инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты установления инвалидности;

9.3.4. в случае утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты установления утраты профессиональной трудоспособности;

9.3.5. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания – в течение 30-ти дней, если иное не установлено договором страхования, после того, как ему стало известно о смерти Застрахованного лица.

Обязанность по п. 9.3.5 настоящих Правил может быть выполнена Выгодоприобретателем.

Обязанности по п.п. 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 9.3.4 настоящих Правил могут быть выполнены самим Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, которому известно о заключении договора страхования в его пользу, если он намерен воспользоваться правом на страховую выплату, а в случае, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, – его законным представителем.

Уведомление должно быть сделано способом, позволяющим зафиксировать текст с указанием отправителя и дату сообщения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомлений по п.п. 9.3.1 – 9.3.5 настоящих Правил, при этом устанавливаемый договором срок уведомления Страховщика не может быть менее 30-ти дней.

9.4. Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель, Выгодоприобретатель) обязан в согласованные при уведомлении Страховщика о наступлении последствий несчастного случая или заболевания сроки (п. 9.3 настоящих Правил):

9.4.1. подать Страховщику письменное заявление на страховую выплату;

9.4.2. предоставить Страховщику документы в соответствии с п. 10.6 настоящих Правил, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. направить к пострадавшему от несчастного случая или заболевания Застрахованному лицу врача по усмотрению Страховщика. Врачу должна быть предоставлена возможность свободного доступа к больному и всестороннего обследования состояния его здоровья;

9.5.2. при необходимости запрашивать сведения, связанные с несчастным случаем или заболеванием и их последствиями, у правоохранительных органов, медицинских и других организаций, граждан, располагающих информацией об обстоятельствах несчастного случая или заболевания, а также проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства несчастного случая или заболевания;

9.5.3. не производить страховую выплату в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

9.6. Страховщик после получения заявления о страховом случае обязан:

9.6.1. принять заявление к рассмотрению;

9.6.2. по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором страхования и/или настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой

выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о предусмотренных договором страхования и/или настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной);

9.6.3. при необходимости направить запрос в компетентные органы (учреждения, организации) о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт наступления несчастного случая или заболевания, их причину и последствия;

9.6.4. после получения всех необходимых документов, оформленных и заверенных надлежащим образом, указанных в п. 10.6 настоящих Правил, принять решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем;

9.6.5. по случаю, признанному страховым, произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования;

9.6.6. в случае непризнания случая страховым или принятия решения об отказе в страховой выплате, направить Страхователю (Застрахованному лицу или его законному представителю, Выгодоприобретателю) в письменной форме обоснование принятого решения.

10. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

10.1. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в настоящих Правилах и договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования.

10.2. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или их законных представителей) с приложением документов, предусмотренных настоящими Правилами (п. 10.6 настоящих Правил), и страхового акта.

10.3. Страховая выплата производится одновременно в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы Застрахованного лица (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил) в зависимости от принятых на страхование рисков и условий договора страхования.

10.3.1. По п.п. 3.2.1, 3.2.5 настоящих Правил с расчетом страховой выплаты за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, а также по п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил с расчетом страховой выплаты за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, обусловленных пребыванием в стационаре, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в договоре страхования процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья с учетом ограничений, установленных в договоре страхования согласно п. 7.9.1 настоящих Правил.

За дни временной утраты трудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата по п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил не производится.

10.3.2. По п.п. 3.2.12, 3.2.13 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в договоре страхования процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности, приходящейся на время пребывания в стационаре, с учетом ограничений, установленных в договоре страхования согласно п. 7.9.1 настоящих Правил.

За дни нетрудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата не производится.

10.3.3. По п.п. 3.2.1, 3.2.5 настоящих Правил с расчетом

страховой выплаты по Таблицам размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно предусмотренной договором страхования «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №№ 6, 7 или 8 к настоящим Правилам) или «Таблице заболеваний» (Приложение №№ 10, 11, 12, 13 к настоящим Правилам) соответственно произошедшему страховому случаю и условиям договора страхования.

10.3.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил в случае временной нетрудоспособности в результате заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) страховая выплата производится только за первые два дня нетрудоспособности работника в размере пособия по временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) за эти два дня, определяемого в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.3.5. По п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил в случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) в результате несчастного случая или заболевания, размер страховой выплаты исчисляется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица следующим образом:

- при III-ей группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 60 %;
- при II-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 80 %;
- при I-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 100 %;
- при установлении инвалидности в результате несчастного случая или заболевания, произошедшего с Застрахованным лицом до достижения им 18 лет – 100 %.

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

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

10.3.7. По п.п. 3.2.3, 3.2.7 настоящих Правил в случае утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания размер страховой выплаты исчисляется в проценте от индивидуальной страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

10.3.7.1. При включении в договор страхования риска утраты профессиональной трудоспособности в соответствии с п. 3.2.7.1 настоящих Правил размер страховой выплаты определяется:

- при переводе Застрахованного лица на другую нижеоплачиваемую работу, имеющуюся у работодателя в соответствии с медицинским заключением врачебной комиссии страховая выплата определяется исходя из 50% индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица;
- при расторжении трудового договора с Застрахованным лицом на основании п. 8 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации страховая выплата определяется исходя из 100% индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица.

10.3.8. По п.п. 3.2.4, 3.2.8 настоящих Правил в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или

заболевания страховая выплата определяется исходя из 100 % индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица.

10.3.9. По п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил с расчётом страховой выплаты по Таблице оперативных вмешательств (Приложение № 9 к настоящим Правилам) размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице оперативных вмешательств и условиям договора страхования.

10.3.9. По п. 3.2.14 настоящих Правил размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице заболеваний № 7 (Приложение № 16 к настоящим Правилам).

10.3.10. По п. 3.2.15 настоящих Правил размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение № 17 к настоящим Правилам) или Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение № 18 к настоящим Правилам), в соответствии с условиями договора страхования.

10.4. Расчет размера страховой выплаты осуществляется в следующем порядке:

10.4.1. Если в договоре страхования для Застрахованного лица установлена единая (общая) страховая сумма по всем рискам (п. 4.5.1 настоящих Правил), то все страховые выплаты по п. 10.3 настоящих Правил рассчитываются исходя из этой страховой суммы. При этом общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него единой страховой суммы.

10.4.2. Если в договоре страхования для Застрахованного лица установлены отдельные страховые суммы по каждому риску (п. 4.5.2 настоящих Правил), то при наступлении страхового случая сумма страховой выплаты рассчитывается по п. 10.3 настоящих Правил, исходя из установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы по соответствующему риску, и выплачивается независимо от выплат по другим страховым рискам, в том числе, уже произведенных. При наступлении нескольких страховых случаев по одному и тому же риску общая сумма выплат Застрахованному лицу по этим страховым случаям не должна превышать отдельную страховую сумму по данному риску.

10.4.3. При установлении для Застрахованного лица в договоре страхования страховых сумм в соответствии с п. 4.5.3 настоящих Правил, страховые выплаты рассчитываются:

10.4.3.1. по страховым рискам с единой (общей) страховой суммой – в соответствии с п. 10.4.1 настоящих Правил.

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

а) если размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.5 настоящих Правил, превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.7 настоящих Правил, то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 10.3.5;

б) если размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.7 настоящих Правил, превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.5 настоящих Правил, то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 10.3.7;

в) если по п.п. 10.3.5 и 10.3.7 настоящих Правил размер выплаты одинаков, то выплата производится в данном размере однократно.

10.4.3.2. по страховым рискам с отдельными страховыми суммами – в соответствии с п. 10.4.2 настоящих Правил.

10.4.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил, общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него страховой суммы по данному риску.

10.4.5. По коллективному договору страхования размер страховой выплаты рассчитывается исходя из индивидуальной страховой суммы (при установлении единой (общей) страхо-

вой суммы по всем рискам) или из индивидуальных сумм по отдельным рискам, установленным для того Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай.

10.4.6. В случае, если страховая выплата осуществляется по таблице (п. 7.9.2 настоящих Правил), при расчете размера страховой выплаты применяются условия, указанные в таблице и в примечаниях к ней.

10.5. По соглашению сторон страховая выплата по временной утрате трудоспособности/временному расстройству здоровья может быть выплачена в предварительном размере, безусловно причитающемся Застрахованному лицу. При этом из окончательной суммы страховой выплаты вычитается предварительно выплаченная сумма.

10.6. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены:

10.6.1. договор страхования (полис) – по требованию Страховщика;

10.6.2. заявление на страховую выплату, а также согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия;

10.6.3. документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой. Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты);

10.6.4. документы (или их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком, при этом оригиналы должны быть предоставлены Страховщику для обозрения по его требованию), подтверждающие факт, причину, обстоятельства наступления страхового случая и его последствий:

10.6.4.1. В случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья:

а) документы из медицинского учреждения, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью в результате несчастного случая или заболевания, установленный диагноз и продолжительность лечения, (если договором страхования предусмотрен порядок страховой выплаты в соответствии с п. 7.9.1 настоящих Правил, а также в случае установления Застрахованному лицу диагноза в соответствии с п. 3.11 настоящих Правил), характер телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая; листок нетрудоспособности (для рисков, связанных с временной утратой трудоспособности);

б) по факту несчастного случая во время исполнения трудовых обязанностей – документы (акты), составленные работодателем в соответствии с действующим законодательством, по факту несчастного случая в дошкольном или учебном заведении – документы (акты) о расследовании несчастного случая с обучающимися, составленные в установленном порядке;

в) по факту несчастного случая во время пути от места жительства к месту исполнения трудовых обязанностей и обратно (во время пути от места жительства к дошкольному или учебному заведению и обратно) – документ (справка из медицинского учреждения и/или объяснительная от Застрахованного лица (его законного представителя), содержащие указание на обстоятельства наступления несчастного случая), в котором зафиксировано данное обстоятельство наступления несчастного случая;

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

д) по страхованию согласно п. 3.2.9 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. «а», «г», а также расчет размера пособия по временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) за первые два дня временной нетрудоспособности в соответствии с

законодательством Российской Федерации, составленный бухгалтерией работодателя Застрахованного лица;

е) по страхованию согласно п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. «а», «г», а также документы, подтверждающие необходимость оперативного вмешательства (с указанием названия оперативного вмешательства);

ж) по страхованию согласно п.п. 3.2.12, 3.2.13 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. «а», «г», а также документы, подтверждающие факт экстренной госпитализации;

з) по требованию Страховщика: при несчастном случае во время занятий спортом – документы (акты) об освобождении от тренировок, составленные в соответствии с действующим законодательством, для профессиональных спортсменов – акты о несчастном случае по ф. Н-1ПС;

и) в случае причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате неправильных медицинских манипуляций (если данный вид несчастного случая указан в договоре страхования согласно п. 2.2.4 настоящих Правил) – решения суда, подтверждающего установление факта неправильных медицинских манипуляций, их причинно-следственную связь с вредом здоровью Застрахованного лица.

10.6.4.2. В случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) или утраты профессиональной трудоспособности – документы, указанные в п. 10.6.4.1, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы, справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством, об установлении инвалидности или степени утраты профессиональной трудоспособности или ее заверенную копию, а также (в случае, указанном в п. 3.2.7.1 настоящих Правил) документы, подтверждающие прекращение трудового договора с Застрахованным лицом вследствие отказа данного Застрахованного лица от перевода на другую работу, необходимую ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствия у работодателя соответствующей работы, либо документы, подтверждающие временный (продолжительностью более 4-х месяцев) или постоянный перевод Застрахованного лица (в соответствии со ст. 73 Трудового кодекса Российской Федерации) на другую имеющуюся у работодателя нижеоплачиваемую работу, не противопоказанную данному Застрахованному лицу по состоянию здоровья в связи с медицинским заключением врачебной комиссии, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

10.6.4.3. По страхованию по п. 3.2.14 настоящих Правил:

а) документы из медицинского учреждения, подтверждающие установленный диагноз, дату установления данного диагноза впервые.

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

По п.п. 10.6.4.1 – 10.6.4.3 настоящих Правил при необходимости, Страховщик имеет право потребовать проведения дополнительного медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица, в медицинском учреждении, выбранном Страховщиком.

10.6.4.4. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания – документы, указанные в п. 10.6.4.1 настоящих Правил, а также:

а) свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица или его заверенная копия;

б) документ из медицинской организации и/или компетентных органов, подтверждающий причину смерти Застрахованного лица и/или обстоятельства ее наступления;

в) если Выгодоприобретатель не назначен – документы, удостоверяющие право наследников на получение страховой выплаты (справка нотариуса о круге наследников, свидетельство о праве на наследство);

г) оригинал распоряжения Застрахованного лица о том, кого он назначил для получения страховой выплаты в случае своей смерти, если оно было составлено отдельно от договора страхования;

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

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

10.6.7. банковские реквизиты получателя выплаты (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты);

10.6.8. если Застрахованное лицо не является гражданином Российской Федерации, – документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации и указанные в п.п. 10.6.1 – 10.6.7 настоящих Правил, или документы, аналогичные указанным в п.п. 10.6.1 – 10.6.7 настоящих Правил, составленные в соответствии с законодательством страны, гражданином которой он является. К документам, составленным на иностранном языке, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан приложить перевод на русский язык, подготовленный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов.

10.6.9. Документы, предоставленные в соответствии с п.п. 10.6.1 – 10.6.8 настоящих Правил, должны позволять Страховщику квалифицировать заявленное событие как страховой случай в рамках заключенного договора страхования и установить размер страховой выплаты. В противном случае, Страховщик вправе в течение 30 (тридцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) после получения Страховщиком последнего из представленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документов согласно п.п. 10.6.1 – 10.6.8 настоящих Правил (кроме случая, указанного в п. 10.6.9.1 настоящих Правил) сообщить Страхователю (Выгодоприобретателю) о неполноте предоставленных документов и необходимости предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) недостающих документов и сведений, требуемых для квалификации заявленного события в качестве страхового случая и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы у иных лиц, органов или организаций, в том числе экспертных.

Если соответствующими компетентными органами возбуждено уголовное дело, связанное с заявленным событием, или ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению заявленного события, от результатов которого зависит принятие решения о квалификации события в качестве страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель) по требованию Страховщика также обязан предоставить документы, подтверждающие окончание или приостановление производства по уголовному делу (в зависимости от того, какое событие наступит ранее).

10.6.9.1. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

– принять их, при этом срок, указанный в п. 10.7 настоящих Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

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

Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

10.6.10. документы, оформленные надлежащим образом – в случае, если Страховщику предоставлены ненадлежащим образом оформленные документы (в частности, незаверенные копии документов, документы, подписанные лицом, не имеющим на это полномочий, документы, содержащие не оформленные надлежащим образом исправления, и т.п.);

10.6.11. в случае, если у Страховщика имеются основания предполагать недостоверность представленных для получения страховой выплаты документов и/или содержащихся в них сведений – ответ компетентных органов или организаций на запрос Страховщика о подтверждении достоверности указанных документов (сведений).

10.7. После получения всех необходимых документов и сведений (п. 10.6 настоящих Правил) Страховщик рассматривает их в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения последнего из надлежаще оформленных документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:

а) если событие признано страховым случаем – составляет страховой акт и осуществляет страховую выплату;

б) если отсутствуют основания для осуществления страховой выплаты – оформляет соответствующее решение письмом, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и/или настоящих Правил, на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте (или иным способом, предусмотренным договором страхования или соглашением сторон) в течение трех рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

10.8. Выплаты производятся путём перечисления сумм на банковский счёт, указанный получателем (лицом, в пользу которого заключён договор страхования), наличными денежными средствами в кассе Страховщика или иным способом, указанным в заявлении получателя.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет), выдачи наличных денег из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами) либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

10.9. Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам право на её получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

10.10. Если получателем страховой выплаты является несовершеннолетний в возрасте до 14 лет или недееспособное лицо, причитающаяся ему сумма страховой выплаты переводится на его имя на его банковские реквизиты, предоставленные законным представителем получателя выплаты.

Допускается перечисление страховой выплаты за несовершеннолетнего Застрахованного лица на счет законного представителя несовершеннолетнего (одного из родителей при наличии письменного согласия второго родителя, опекуна).

10.11. В случае если Застрахованное лицо подало заявление на страховую выплату, но умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.7, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.11, 3.2.12, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил, выплата производится наследникам Застрахованного лица в установленном порядке.

В случае если Выгодоприобретатель подал заявление на страховую выплату, но умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.2.4 или 3.2.8 настоящих Правил, выплата производится наследникам Выгодоприобретателя в установленном порядке.

10.12. При «страховании в эквиваленте» страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату выплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется, исходя из максимального курса для выплат.

10.13. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

11. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключён, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

11.1.1. В случае установления Застрахованному лицу I или II группы, или статуса «ребенок-инвалид» или «инвалид с детства», не вызванных происшедшим во время действия договора несчастным случаем или заболеванием, на случай которых осуществлялось страхование, договор страхования прекращает свое действие (при коллективном страховании – в отношении данного лица) в части рисков, указанных в п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил со дня присвоения Застрахованному лицу соответствующего статуса.

11.1.2. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 11.1 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.2. Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 11.1 настоящих Правил.

11.2.1. При отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

11.2.2. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» (далее – Указание № 3854-У) в редакции, действующей на дату заключения договора страхования) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении как дата расторжения договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

11.3. В случае неуплаты или уплаты не в полном объеме страховой премии (или страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования:

11.3.1. Если Страхователем является юридическое лицо (кроме некоммерческой организации) или индивидуальный предприниматель:

11.3.1.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена, Страховщик имеет право:

а) Отказаться от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя об отказе от договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования при отказе Страховщика от исполнения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период, в течение которого действовало страхование.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

11.3.1.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку), Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, указанные в п. 11.3.1.3 «а» – «в» настоящих Правил.

11.3.1.3. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном объеме, Страховщик по своему усмотрению вправе:

а) Отказаться от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме.

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя об отказе от договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения Договора страхования при отказе Страховщика от исполнения настоящего Договора указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, определяется исходя из оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

– если оплаченный период действия договора страхования превышает срок, прошедший с даты вступления договора страхования в силу до даты, до которой должна была быть уплачена страховая премия (страховой взнос), то при просрочке ее уплаты договор страхования прекращается с 00 часов

дня следующего за последним днем оплаченного периода; – если оплаченный период действия договора страхования не превышает срок, прошедший с даты вступления договора страхования в силу до даты, до которой должна была быть уплачена страховая премия (страховой взнос), то при просрочке ее уплаты датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ расчета оплаченного периода действия договора страхования.

Отказ Страховщика от исполнения договора по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период, в течение которого действовало страхование.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) Предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (страхового взноса) по договору страхования.

г) В письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

11.3.1.4. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до прекращения (расторжения) договора страхования в соответствии с пп. «а» – «б» п. 11.3.1.1 / п. 11.3.1.3 настоящих Правил, Страховщик вправе не отказываться от исполнения договора страхования.

11.3.1.5. Если Страховщик не воспользовался своим правом на отказ от исполнения договора страхования и страховой случай наступил до уплаты страховой премии (страхового взноса), внесение которой (которого) просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса).

11.3.2. Если Страхователем является юридическое лицо – некоммерческая организация, или физическое лицо:

11.3.2.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена, Страховщик имеет право:

а) Предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по договору страхования.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) В случае несогласия Страхователя на расторжение договора страхования по соглашению сторон – расторгнуть договор страхования в судебном порядке на основании п. 2 ст. 450 Гражданского кодекса Российской Федерации (вследствие существенного нарушения Страхователем условий договора страхования об уплате страховой премии (первого страхового взноса)) и взыскать со Страхователя часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения.

11.3.2.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) либо страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном

объеме, Страховщик по своему усмотрению вправе:

– применить последствия, указанные в п. 11.3.2.1 «а» – «в» настоящих Правил, или

– в письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

11.3.2.3. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до расторжения договора страхования в соответствии с п. 11.3.2.1 «б» – «в», Страховщик вправе не требовать расторжения договора страхования.

11.3.2.4. Если Страховщик не воспользовался своим правом на отказ от исполнения договора страхования и страховой случай наступил до уплаты страховой премии (страхового взноса), внесение которой (которого) просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса).

11.4. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (если иной срок не установлен Указанием № 3854-У в редакции, действующей на дату заключения договора страхования), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию или ее часть в следующем порядке:

а) если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

б) если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования (возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

11.4.1. В случае, указанном в п. 11.4 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или с иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в п. 11.4 настоящих Правил. Указанное заявление составляется Страхователем в произвольной форме.

11.4.2. Возврат Страхователю страховой премии или ее части в соответствии с п. 11.4 настоящих Правил осуществляется способом, указанным Страхователем в заявлении об отказе от договора страхования, в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

11.5. Для получения части страховой премии при досрочном прекращении договора страхования Страхователь (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

– договор страхования (страховой полис) – по требованию Страховщика;

– заявление Страхователя о досрочном прекращении договора страхования, составленное в произвольной форме;

– документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица;

– документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю.

11.6. Обязательства сторон в случае прекращения договора страхования по соглашению сторон считаются прекращенными с момента заключения соглашения сторон о прекращении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Разрешение споров с юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями осуществляется с соблюдением досудебного (претензионного) порядка, если иное не предусмотрено договором страхования. При разрешении спора в досудебном (претензионном) порядке, до обращения в суд, направляется мотивированная письменная претензия с приложением копий документов, на которые имеется ссылка в претензии. Лицо, которому направлена претензия, обязано в течение 30 календарных дней, если иной срок не предусмотрен договором страхования, с даты поступления претензии рассмотреть ее и письменно уведомить направившее претензию лицо о результатах ее рассмотрения. Если спор не урегулирован в досудебном (претензионном) порядке, то он разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования и оспариваемым одной из сторон, может быть предъявлен в пределах сроков исковой давности, установленных действующим законодательством