

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 К ПОЛИСУ СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ «СОГАЗ-ПЕРСОНА ЭКСТРИМ»

### УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ К ПОЛИСУ «СОГАЗ ПЕРСОНА ЭКСТРИМ» В РЕДАКЦИИ ОТ 15.11.2022 (ДАЛЕЕ – УСЛОВИЯ)

1.1. Договор заключается путем акцепта Страхователем Полиса, подписанного Страховщиком. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является уплата Страхователем страховой премии в размере и в срок, установленные Полисом.

1.2. Уплачивая страховую премию, Страхователь:

1.2.1. подтверждает свое добровольное согласие на заключение Полиса на условиях, указанных в Полисе и настоящих Условиях;

1.2.2. подтверждает, что Застрахованное (-ные) лицо (-ца) на момент заключения Полиса не является (-ются):

а) инвалидом I группы, лицом, в отношении которого установлена категория «ребенок-инвалид»;

б) спортсменом, для которого занятия спортом являются основным видом деятельности, и который получает в соответствии с контрактом заработную плату и иное денежное вознаграждение за подготовку к спортивным мероприятиям и участие в них;

в) военнослужащим, в том числе мобилизованным, лицом, призванным для прохождения военной службы, военных сборов, участником военных действий, маневров, мероприятий, военных операций любого рода и контртеррористических операций.

Если будет установлено, что Полис заключен в пользу Застрахованного лица, не соответствующего указанным требованиям, Страховщик вправе потребовать признания Полиса недействительным, и применения последствий, предусмотренные п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В данном случае Страхователь имеет право на возврат страховой премии в полном объеме.

Лицам, изъявляющим желание заключить Полис в отношении лица, не соответствующего требованиям п. 1.2.2 настоящих Условий, могут быть предложены индивидуальные условия страхования, включая страховую премию, после обращения в офис к Страховщику, после заполнения заявления на страхование, с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска;

1.2.3. подтверждает, что до заключения Полиса был ознакомлен с Правилами, Таблицей видов спорта (Приложение 1 к Правилам), Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (Приложение 2 к Правилам), настоящими Условиями и Памяткой получателю страховых услуг. Подтверждает свое согласие с получением Памятки получателю страховых услуг, Правил, Таблицы видов спорта и Таблицы размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем в электронной форме по ссылке на адрес их размещения, указанной в Полисе;

1.2.4. подтверждает, что все лица, поименованные Страхователем в Полисе, включая себя, не являются лицами, указанным в п.п. 1 п. 1 ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (иностранцами публичными должностными лицами, должностными лицами публичной международной организации, российскими публичными должностными лицами), а также, что при наличии изменений в сведениях о вышеуказанных лицах, включая себя, обязуется сообщить об этом в АО «СОГАЗ» в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

1.2.5. обязуется довести до сведения Застрахованного лица содержание Правил, Полиса, настоящих Условий и Памятки получателю страховых услуг;

1.2.6. в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Страхователь (Застрахованное лицо) выражает согласие АО «СОГАЗ» (ИНН 7736035485, 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10 далее именуемому также как «Оператор») на обработку: персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего его органа, код подразделения), адрес места регистрации и адрес для уведомлений (адрес места жительства), номер телефона, адрес электронной почты, содержащихся в заявлении на страховую выплату, в предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом) документах; сведения о факте обращения Страхователя (Застрахованного лица) за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Целями обработки являются: исполнение Полиса; сбор и анализ статистических данных; прямые контакты со Страхователем с помощью средств связи, письменное, электронное информирование, в т.ч. посредством мессенджеров.

Обработка указанных данных и сведений включает следующие действия (операции) или их совокупности с использованием средств автоматизации или без их использования: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача.

Перечисленные данные и сведения могут быть переданы: в орган страхового надзора – Банк России; в органы (организации) государственного/муниципального контроля (надзора); в компетентные органы; в организации и иным хозяйствующим субъектам, включая медицинские, экспертные организации (экспертам), для достижения указанных целей, в т.ч. урегулирования убытков; операторам связи (в т.ч. почтовой) и в организации, оказывающие услуги мессенджеров и по информированию. Информация об органах и об организациях, которые в силу закона обеспечивают конфиденциальность данных и сведений, которым могут передаваться такие данные и сведения может быть запрошена у Оператора. Оператор передает перечисленным лицам только те данные и те сведения, которые отвечают целям их обработки.

Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций) с использованием средств автоматизации или без их использования с персональными данными, включая перечисленные в Полисе. Действия, входящие в состав обработки персональных данных, для целей настоящего согласия также применяются к перечисленным сведениям медицинского характера.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Страхователь (Застрахованное лицо) выражает согласие врачам, медицинским учреждениям, лабораториям, организациям, индивидуальным предпринимателям, государственным органам, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фондам социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять должностным лицам АО «СОГАЗ» по их запросам сведения, составляющие врачебную тайну (в т.ч. в случае смерти Страхователя (Застрахованного лица)): о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих перечисленные сведения в целях надлежащего исполнения условий Полиса.

Согласия действуют в течение срока действия Полиса и на протяжении 5 лет после его прекращения, если более продолжительный срок не вытекает из законодательства. Согласия могут быть отозваны путем направления письменного уведомления в адрес АО «СОГАЗ».

1.2.7. подтверждает, что в соответствии со ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации стороны Полиса достигли соглашения о том, что факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования по Полису признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригинала печати Страховщика;

1.2.8. Идентификация Выгодоприобретателей – законных наследников Застрахованного лица производится при их обращении с заявлением о страховой выплате.

2. Стороны договорились, что все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Полиса, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения:

2.1. в адрес Страховщика: по адресам Страховщика, указанным на интернет-странице Страховщика по адресу <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/fillials/>;

2.2. в адрес Страхователя: посредством почтовой связи, СМС-сообщения или сообщения через мессенджер по контактному телефонному номеру (за исключением случая, связанного с прекращением Полиса), по адресу электронной почты Страхователя, указанным при оформлении Полиса, через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении «СОГАЗ – здоровье и страхование» (при наличии).

2.3. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя заявлений и извещений в соответствии с п. 2.2 настоящих Условий (далее – Письма), считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте Письма, а если данный момент не указан – с момента доставки Письма Страховщику в адрес Страхователя.

2.3.1. При направлении Писем Страхователю по адресу электронной почты, указанному при оформлении Полиса, Письма направляются Страховщиком с адреса электронной почты Страховщика (работника Страховщика), имеющего формат: имя@sogaz.ru, с уведомлением о доставке и считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком отчета о доставке электронного сообщения, либо, при отсутствии отчета о доставке электронного сообщения, – в рабочий день, следующий за датой направления Письма по адресу электронной почты.

2.3.2. При направлении Писем Страхователю в виде смс-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону, указанному при

оформлении Полиса, Письма могут считаться доставленными/полученными Страхователем по истечении 24 часов с момента отправки Страховщиком sms-сообщения или сообщения через мессенджер по телефону.

2.3.3. При направлении Писем Страхователю через Личный кабинет на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с момента размещения указанных Писем в Личном кабинете.

При направлении Писем Страхователю посредством почтовой связи указанные Письма считаются доставленными/полученными Страхователем с даты получения Страховщиком подтверждения об вручении Страхователю Письма или с даты получения Страховщиком подтверждения об отсутствии Страхователя по адресу, указанному при оформлении Полиса, или с даты истечения срока хранения Письма в почтовом отделении Страхователя – в случае истечения срока хранения письма, в том числе, если Страхователь уклонился от получения Письма.

2.3.4. В случае изменения почтового адреса, адреса электронной почты, номера телефона (далее – контактные данные) Страхователя он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении контактных данных заблаговременно, то риск неполучения направленных Страховщиком Писем несет Страхователь.

Информация о почтовом адресе, адресе электронной почты, номере телефона, представленная Страхователем при оформлении Полиса, считается актуальной до момента получения Страховщиком информации об их изменении. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, по которым от Страхователя не поступало сообщение об их неактуальности, выбор контактных данных для отправки Писем осуществляет Страховщик.

3. По Полису к несчастным случаям относятся события, указанные в п.п. 3.1 – 3.9 настоящих Условий, включая произошедшие в результате занятий любыми видами спорта, указанными в Таблице видов спорта (Приложение 1 к Правилам), исключая произошедшие в результате террористического акта, диверсии, саботажа, а также события указанные в п.п. 4 - 9 настоящих Условий:

3.1. телесные повреждения в результате взрыва, ожог, обморожение, утопление, поражение электрическим током, удар молнии, солнечный удар;

3.2. переохлаждение организма (за исключением простудного заболевания);

3.3. ушиб, ранение, перелом (за исключением патологического перелома), вывих сустава (за исключением привычного вывиха), разрыв позвоночных дисков, травматическая потеря зубов, инородное тело органов и частей тела, полный разрыв мышцы, связки, сухожилия, повреждения внутренних органов, мягких тканей, сдавления;

3.4. телесные повреждения в результате нападения животных, в том числе змей, а также укусы (ужаливания) насекомых, паукообразных (пауков, клещей, скорпионов и др.), которые привели к возникновению анафилактического шока, потребовавшие стационарного лечения;

3.5. сотрясение головного мозга при сроках временной нетрудоспособности у работающих Застрахованных лиц или продолжительности лечения у неработающих Застрахованных лиц:

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

– для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет – не менее 10 (десяти) дней;

3.6. ушиб мозга;

3.7. асфиксия;

3.8. случайное острое отравление ядовитыми растениями; химическими веществами (за исключением спиртосодержащих жидкостей);

3.9. случайное острое отравление лекарственными препаратами. При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 10 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 10 лет – любые случаи отравления лекарственными препаратами.

4. Не являются несчастными случаями:

4.1. укусы змей, укусы (ужаливания) насекомых, паукообразных (пауков, клещей, скорпионов и др.), которые привели к возникновению иных патологических состояний, заболеваний помимо анафилактического шока, потребовавших стационарного лечения;

4.2. пищевая токсикоинфекция (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиеллез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом A05 по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10));

4.3. 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. 10 Полиса).

5. Не являются страховыми случаи причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица произошедшие:

5.1. при нахождении Застрахованного лица в состоянии любой формы опьянения (алкогольного, наркотического, токсического), подтвержденного соответствующими документами, и(или) в результате отравления Застрахованного лица вследствие употребления им спиртосодержащих, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача либо с нарушением предписанной врачом дозировки, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было вынуждено употребить соответствующие вещества в результате противоправных действий третьих лиц.

Не являются застрахованными последствия несчастного случая, наступившего во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения даже если несчастный случай и последствия, на случай наступления которых проводится страхование, фактически произошли в разные периоды времени.

Под «алкогольным опьянением» понимается состояние Застрахованного лица, при котором у Застрахованного лица уровень содержания этилового спирта составляет более 0,16 мг/л в выдыхаемом воздухе или 0,35 г/л в крови или иных биологических жидкостях, при этом если имеется более двух показателей и они разнятся, то за основу берется большее значение.

Если в медицинских документах или иных документах компетентных органов 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(или) здоровью Застрахованного лица был причинен в результате обстоятельств, не зависящих от Застрахованного лица (при отсутствии каких-либо нарушений норм и правил).

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, в 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;

5.2. вследствие покушения Застрахованного лица на самоубийство или совершения им самоубийства, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до этого противоправными действиями третьих лиц;

5.3. в период управления Застрахованным лицом любым транспортным средством, аппаратом или прибором без права такого управления (в том числе, когда Застрахованное лицо было лишено права на такое управление) или передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством, аппаратом или прибором;

5.4. в период управления Застрахованным лицом любым транспортным средством в состоянии после принятия лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством, или при передаче Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему или лишеному права на управление транспортным средством данной категории, или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или после применения лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством.

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

5.5. при совершении или попытке совершения Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем умышленных противоправных действий, факт которых установлен компетентными органами.

6. Не являются страховыми случаями случаи причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, наступившие вследствие:

6.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, применения химического или биологического оружия массового поражения;

6.2. войны, любых военных действий, военных маневров, военных мероприятий, вторжений / нападений, военных учений, гражданской войны, революции, контртеррористических операций, военных операций любого рода, вне зависимости от того, объявлены ли такие события официально

или нет, а также объявления военного положения и(или) мобилизации;

6.3. массовых беспорядков: забастовок, гражданских или народных волнений, восстаний, бунтов, мятежей, локаутов, беспорядков;

6.4. воздействия снарядов, мин, торпед, бомб и иных орудий войны, в том числе брошенных (бесхозных);

6.5. терроризма, диверсии, саботажа;

6.6. чрезвычайных (особых) положений, объявленных органами власти в установленном законом порядке в связи с событиями, указанными в п.п. 4.4.1 – 4.4.5 настоящих Условий.

7. В соответствии со ст. 963 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

8. Не является страховым случаем инвалидность, установленная по переосвидетельствованию.

Если по Полису Застрахованному лицу была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 (одного) года с даты несчастного случая при переосвидетельствовании установлена более тяжелая группа инвалидности в связи с тем же 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 (одного) года с даты несчастного случая при переосвидетельствовании установлена более легкая группа инвалидности в связи с тем же несчастным случаем, страховая выплата по более легкой группе не производится.

9. В соответствии с п. 2 ст. 961 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, законный представитель) не уведомил Страховщика (представителя Страховщика) о наступлении страхового случая в сроки, указанные в п. 13 настоящих Условий, 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.

10. По Полису к страховым случаям относятся:

10.1. «Смерть в результате несчастного случая» – смерть Застрахованного лица, обусловленная несчастным случаем, и произошедшая в течение 1 (одного) года со дня данного несчастного случая;

10.2. «Инвалидность в результате несчастного случая»:

а) Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 (восемнадцати) 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 (одного) года со дня данного несчастного случая;

б) Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 (одного) года до 18 (восемнадцати) лет страховым случаем является установление категории «ребенок-инвалид», обусловленное несчастным случаем и произошедшее в течение 1 (одного) года со дня данного несчастного случая. Если на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 (восемнадцати) лет, то страховым случаем является установление инвалидности I, II или III группы;

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

а) Страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная несчастным случаем и наступившая в течение 30 (тридцати) дней со дня данного несчастного случая.

Фактом временной утраты трудоспособности Застрахованным лицом признается нетрудоспособность любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая и указанный в «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение 2 к Правилам).

б) Страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное несчастным случаем и наступившее в течение 30 (тридцати) дней со дня данного несчастного случая.

Фактом временного расстройства здоровья Застрахованного лица признается лечение любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая и указанный в «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение 2 к Правилам).

11. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в настоящих Условиях страхования, Правилах и Полису положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату:

11.1. В случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая (п. 10.1 настоящих Условий страхования) – исходя из 100% индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица.

11.2. В случае установления Застрахованному лицу инвалидности в результате несчастного случая (п. 10.2 настоящих Условий) - в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица следующим образом:

– при III-ей группе инвалидности – 60%,

– при II-ой группе инвалидности – 80%,

– при I-ой группе инвалидности – 100%,

– при установлении инвалидности в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до достижения им 18 (восемнадцати) лет – 100%.

11.3. В случае временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая» (подпункт «а» п. 10.3 настоящих Условий) / временного расстройства здоровья в результате несчастного случая» (подпункт «б» п. 10.3 настоящих Условий) – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, исходя из характера повреждения согласно «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение 2 к Правилам).

11.4. Все страховые выплаты по настоящим Условиям рассчитываются исходя из размера индивидуальной страховой суммы. При этом общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него единой страховой суммы.

12. Застрахованное лицо при наступлении несчастного случая обязано:

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

12.2. в случае, если Застрахованное лицо не является Страхователем, уведомить последнего о факте несчастного случая, обстоятельствах, при которых он произошёл, его последствиях;

12.3. по требованию Страховщика пройти медицинский осмотр (комиссию) для принятия Страховщиком решения о страховой выплате;

В случае если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, ответственность за выполнение обязанностей, указанных в п.п. 12.1 – 12.3 настоящих Условий, несет законный представитель Застрахованного лица.

13. Страхователь (Застрахованное лицо законный представитель Застрахованного лица, Выгодоприобретатель) обязан уведомить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая в следующие сроки:

13.1. в случае временной утраты трудоспособности – не позднее 30 (тридцати) дней с даты окончания временной нетрудоспособности;

13.2. в случае временного расстройства здоровья – не позднее 30 (тридцати) дней с даты окончания лечения;

13.3. в случае установления инвалидности – не позднее 30 (тридцати) дней с даты установления инвалидности;

13.4. в случае смерти Застрахованного лица – в течение 30 (тридцати) дней, после того, как ему стало известно о смерти Застрахованного лица.

Обязанность по п. 14.4. настоящих Условий может быть выполнена Выгодоприобретателем.

Обязанности по п.п. 14.1 – 14.3 настоящих Условий могут быть выполнены самим Застрахованным лицом, а в случае, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, – его законным представителем.

Уведомление должно быть сделано в письменном виде любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт уведомления, дату уведомления и отправителя (по факсимильной связи, телеграммой, по электронной почте, письмом и т.п.).

14. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены:

14.1. Полис – по требованию Страховщика,

14.2. заявление на страховую выплату, составленное в письменном виде, а также согласие 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,

14.3. документ, удостоверяющий личность обратившегося за страховой выплатой. Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), за исключением законных представителей (родителей, опекунов, попечителей), то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления и(или) на получение страховой выплаты;

14.4. документы, подтверждающие факт, причину, обстоятельства наступления несчастного случая и его последствий:

14.4.1. В случае временной утраты трудоспособности / временного расстройства здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая:

а) документы из медицинской организации, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью в результате несчастного случая, установленный диагноз, характер телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая, листок нетрудоспособности (для риска временной утраты трудоспособности согласно подпункту «а» п. 10.3 настоящих Условий);

б) 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;

14.4.2. В случае установления инвалидности:

а) документы, указанные в п. 14.4.1 настоящих Условий;

б) направление на медико-социальную экспертизу, справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством, об установлении инвалидности или ее заверенную копию, протокол проведения медико-социальной экспертизы;

По п.п. 14.4.1 и 14.4.2 настоящих Условий, при необходимости, Страховщик имеет право потребовать проведения дополнительного медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица в медицинской организации, выбранной Страховщиком.

14.4.3. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая:

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

б) документ из медицинской организации (акт судебно-медицинской экспертизы или протокол патологоанатомического исследования (если исследование не проводилось – заявление родственников Застрахованного лица об отказе от вскрытия и справка из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти)) и/или компетентных органов, подтверждающий причину смерти Застрахованного лица и обстоятельства ее наступления;

в) распоряжение Застрахованного лица о том, кого он назначил для получения страховой выплаты в случае своей смерти, если оно было составлено отдельно от Полиса;

г) если Выгодоприобретатель не назначен – документ, удостоверяющий право наследников на получение страховой выплаты (свидетельство о праве на наследство или справка нотариуса о круге всех наследников);

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

14.6. 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) – решение соответствующего компетентного органа, устанавливающее наличие или отсутствие умысла Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) в произошедшем событии;

14.7. банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты);

14.8. если Застрахованное лицо не является гражданином Российской Федерации, – документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации и указанные в п.п. 14.1 – 1.47 настоящих Условий, или документы, аналогичные указанным в п.п. 14.1 – 14.7 настоящих Условий, составленные в соответствии с законодательством страны, гражданином которой он является. К документам, составленным на иностранном языке, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязан приложить перевод на русский язык, подготовленный и заверенный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов;

14.9. 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, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) по требованию Страховщика также обязан предоставить документы, подтверждающие окончание или приостановление производства по уголовному делу (в зависимости от того, какое событие наступит ранее);

14.10. документы, предоставленные в соответствии с п.п. 14.1 – 14.9 настоящих Условий, должны позволять Страховщику квалифицировать заявленное событие как страховой случай в рамках заключенного Полиса и установить размер страховой выплаты. В противном случае, Страховщик вправе в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком последнего из представленных Застрахованном лицом (Выгодоприобретателем) документов согласно п.п. 14.1 – 14.9 настоящих Условий сообщить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) о неполноте предоставленных документов и необходимости предоставления Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) документов и сведений, содержащих необходимую и достаточную информацию, и(или) о запросе документов у компетентных органов и организаций, позволяющих сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно Полису или нет.

14.10.1. В случае выявления факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и(или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Условий и(или) Полиса, Страховщик обязан:

– принять их, при этом срок, указанный в п. 15 настоящих Условий, 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 (пятнадцати) рабочих дней.

14.11. документы из числа указанных в п.п. 14.1 – 14.9 настоящих Условий, оформленные надлежащим образом – в случае, если Страховщику ранее 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.);

14.12. 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).

15. После получения всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов и сведений (п. 14 настоящих Условий) Страховщик рассматривает их в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов. В течение указанного срока Страховщик:

15.1. если событие признано страховым случаем – составляет страховой акт и осуществляет страховую выплату способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату;

15.2. 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 Полиса и(или) настоящих Условий, на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте в течение 3 (трех) рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

16. Страховая выплата производится путем безналичного перечисления на банковский счет, указанный Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем), или иным способом по согласованию с Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем).

17. Информирование Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) по его запросу о действиях, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, а также о форме и способах осуществления страховой выплаты осуществляется в той же форме, в которой им был сделан запрос либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

18. Полис прекращает свое действие в случаях:

18.1. по истечении срока его действия;

18.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) по Полису в полном объеме;

18.3. по соглашению сторон Полиса. При досрочном прекращении Полиса по соглашению сторон порядок взаиморасчетов и дата прекращения Полиса определяется соглашением сторон;

18.4. до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При прекращении Полиса по обстоятельствам, указанным настоящим пункте, в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за не истекший срок действия Полиса.

18.5. при отказе Страхователя от Полиса. Страхователь вправе отказаться от Полиса в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

18.5.1. При отказе Страхователя от Полиса уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату. При этом Полис прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя об отказе от Полиса, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления. Положения настоящего пункта не распространяется на случаи, предусмотренные п. 18.5.2 настоящих Условий.

18.5.2. Если Страхователь отказался от Полиса в течение 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 Полиса), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. В данном случае Полис считается прекратившим свое действие с даты начала срока страхования. Заявление об отказе от Полиса составляется Страхователем в произвольной письменной форме. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии в соответствии с настоящим пунктом производится по выбору Страхователя способом (наличными денежными средствами или в порядке безналичных расчетов), указанным Страхователем в заявлении об отказе от Полиса, в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Полиса.

18.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

19. Для получения страховой премии или ее части при досрочном прекращении Полиса Страхователь (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

19.1. Полис – по требованию Страховщика;

19.2. заявление Страхователя о досрочном прекращении Полиса, составленное в произвольной форме с приложением банковских реквизитов для осуществления перечисления страховой премии или ее части, если возврат осуществляется безналичным перечислением на расчетный счет;

19.3. документ, удостоверяющий личность Страхователя;

19.4. документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю, подтверждающую полномочия.

20. Споры, возникающие по Полису, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации

20.1. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, необходимо сообщить о происшедшем по телефону 8 800 333 08 88 либо обратиться в ближайший филиал АО «СОГАЗ». Адреса и телефоны филиалов указаны на сайте Страховщика <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>.