

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 05.12.2022 года № Пр/220-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
№ 0094.СЖ.01.00

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0094.СЖ.01.00 (далее и выше по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключает со Страхователями договоры страхования жизни (далее по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»)).

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

При заключении договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации).

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

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения:

1.4.1. Временная нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

Настоящее определение применяется при страховании по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

1.4.2. Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по причине необходимости осуществлять уход за больным членом семьи.

Настоящее определение применяется при страховании по страховому риску «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи».

1.4.3. Дата страхового случая:

- в случае **смерти** – это дата смерти Застрахованного лица, указанная в свидетельстве о смерти;
- по страховому риску **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»** – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
- по страховому риску **«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»** - это дата несчастного случая, указанная в документе, выданном органом или учреждением МВД России, МЧС России, прокуратурой, федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, лечебно-профилактическим или особого типа учреждением здравоохранения или иным компетентным органом власти / учреждением /лицом, компетентной организацией (протокол, постановление, справка, определение, акт, материалы и результаты исследований и др.) или **дата первичного диагностирования заболевания**, указанная в документе, выданном лечебно-профилактическим или особого типа учреждением здравоохранения или частными врачом, федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
- по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листа нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с

действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз);

- по страховому риску «**Диагностирование особо опасного заболевания**» - это дата первичного диагностирования у Застрахованного лица в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного новообразования (рака);
- по страховому риску «**Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи**» – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листка нетрудоспособности, оформленного Застрахованному лицу в течение срока страхования Медицинской организацией как Лицу, осуществляющему уход за больным членом семьи).

1.4.4. Заболевания (болезнь) – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

1.4.5. Злокачественное новообразование (рак) - заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) **впервые** в течение Срока страхования. В определение «Злокачественное новообразование (рак)» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Из определения «Злокачественное новообразование (рак)» **исключаются**:

- Злокачественная опухоль кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2,0 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM;
- Злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;
- Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любые опухоли, гистологически описанные как предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома или плоскоклеточная карцинома кожи;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);
- Папиллярный рак щитовидной железы;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющей стадию TaN(0)M(0) или меньше;
- Любого вида злокачественные новообразования, протекающих на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

1.4.6. Инфаркт миокарда - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения). Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение Срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии изменений ST сегмента на электрокардиограмме.

Из определения «Инфаркт миокарда» **исключаются**:

- Инфаркт миокарда без изменений сегмента ST;
- Стабильная/нестабильная стенокардия.

1.4.7. Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к **впервые** возникшим необратимым неврологическим нарушениям непрерывно на протяжении по меньшей мере 45 (сорока пяти) дней после постановки диагноза инсульт. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз

должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

Из определения «Инсульт» **исключаются**:

- Транзиторная ишемическая атака;
- Церебральные изменения, явившиеся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;
- Травматические повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;
- Лакунарный инсульт без неврологической симптоматики.

1.4.8. Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Договором страхования по страховому(ым) риску(ам). Лимиты ответственности могут быть установлены в том числе (но не ограничиваясь) в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям).

1.4.9. Лицо, осуществляющее уход за больным членом семьи – если иное определение не дано Договором страхования, физическое лицо, фактически осуществляющее уход за больным членом семьи на основании листа нетрудоспособности, выданного Медицинской организацией.

1.4.10. Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы (или индивидуальный предприниматель), имеющее в соответствии с законодательством РФ о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

1.4.11. Несчастный случай – фактически произошедшее внезапное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица внешнее событие, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения. По соглашению Сторон в Договоре страхования может быть предусмотрен закрытый перечень событий, являющихся несчастным случаем.

1.4.12. Особо опасное заболевание – предусмотренное Правилами страхования и/или Договором страхования (в т.ч. в приложении к Договору страхования) заболевание или состояние, **впервые диагностированное** Застрахованному лицу в течение срока страхования. При этом по смыслу настоящего определения не является впервые диагностированным в течение срока страхования заболевание или состояние, если в период, предшествующий началу срока страхования, в медицинской документации имеются записи, подтверждающие данный диагноз результатами медицинских исследований, характерных для диагностирования данного заболевания или состояния.

1.4.13. Оплачиваемый период нетрудоспособности – период, установленный Договором страхования длящийся непрерывно за дни Временной нетрудоспособности (Временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица), в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

1.4.14. Первичное установление инвалидности – факт признания федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованного лица инвалидом 1 или 2 группы впервые в жизни Застрахованного лица (в том числе под первичным установлением инвалидности считается смена группы инвалидности в сторону увеличения или уменьшения ее степени в течение срока страхования).

1.4.15. Платежное поручение – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.16. Срок страхования – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования. Если Договором страхования для разных страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц предусмотрены различные сроки страхования, то применительно к конкретному страховому риску и/или конкретному Застрахованному лицу под сроком страхования понимается

срок страхования, установленный Договором страхования для такого страхового риска и/или такого Застрахованного лица.

1.4.17. Страховая выплата – сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем.

1.4.18. Страховой полис – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.

1.4.19. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

1.4.20. Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку в соответствии с условиями Договора страхования.

1.4.21. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

1.4.22. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

1.4.23. Страховая сумма – определенная в порядке, установленном Договором страхования, денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

1.5. Стороны вправе придать иное значение определениям, содержащимся выше в п. 1.4. настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения, закрепив это в письменной форме (в т.ч. в условиях Договора страхования), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и остальным положениям Правил страхования.

1.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки. Территория действия страхования - весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.7. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении Договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому Договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:

1.7.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;

1.7.2. анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются недостающие сведения и (или) документы в объеме, достаточном для установления наличия / отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и Правилам страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью (также по тексту Правил страхования – «страхование жизни»).

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

2.3. Страхователь – дееспособное физическое лицо, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель (как эти термины определены законодательством Российской Федерации), заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и которое обладает правом на получение страховой выплаты. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил

какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

2.5. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

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

Договор страхования может быть заключен в отношении нескольких или одного Застрахованных(-ого) лиц(-а).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страхования Договоры страхования могут быть заключены с ответственностью по одному или нескольким из следующих страховых рисков (в любой их комбинации):

3.1.1. Смерть Застрахованного лица (также может именоваться **«Смерть»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования;

3.1.2. Смерть Застрахованного лица от несчастного случая (также может именоваться **«Смерть от несчастного случая»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая;

3.1.3. Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания (также может именоваться **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является первичное установление Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания;

3.1.4. Непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 календарных дней (также может именоваться - **«Временная нетрудоспособность»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, или заболевания, диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования;

3.1.5. Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи (также может именоваться **«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи, начавшаяся в течение срока страхования, подтвержденная листком нетрудоспособности, выданным Застрахованному лицу медицинской организацией как Лицу, осуществляющему уход за больным членом семьи.

3.1.6. Диагностирование Застрахованному лицу особо опасного заболевания (также может именоваться - **«Диагностирование особо опасного заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение срока страхования особо опасного заболевания: инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного новообразования (рака);

3.1.7. Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы (также может именоваться **«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом в течение срока страхования, или диагностирование в течение срока страхования впервые в жизни у Застрахованного лица заболевания, повлекший(его) установление Застрахованному лицу

федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы инвалидности 1 или 2 группы после окончания срока страхования и в срок не более 1 (одного) года с даты несчастного случая или диагностирования заболевания.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования. При этом, при страховании по одному Договору страхования двух и более лиц в отношении разных Застрахованных лиц могут предусматриваться различные страховые риски, из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3. Не признаются страховыми случаями по страховым рискам (**исключения из страхового покрытия**) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.3.1. по страховому риску «**Смерть**»:

- смерть Застрахованного лица по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени;

3.3.2. по страховому риску «**Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания**»:

- установление Застрахованному лицу инвалидности по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени;
- не первичное (не впервые в жизни) установление инвалидности 1 или 2 группы.

3.3.3. по страховому риску «**Временная нетрудоспособность**»:

- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 16 календарных дней;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 16 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), наступившая по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.3.4. по страховому риску «**Диагностирование особо опасного заболевания**»:

- диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;
- диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;
- не первичное диагностирование заболевания.
- диагностирование заболевания, наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени;

3.4. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п.п. 3.3.1 – 3.3.4 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить/исключить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

3.5. События, указанные в п. 3.3. настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

4.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в Договоре страхования.

В Договоре страхования, заключенном в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховая сумма может устанавливаться отдельно в отношении каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2. Страховая сумма может устанавливаться по каждому страховому риску, а также совокупно (единой) по всем/отдельному(ым) страховому(-ым) риску(-ам). Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, по всем страховым рискам, предусмотренным Правилами, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.

4.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

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

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок. При этом в зависимости от условий страхования и факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, возраст, возможность отнесения лица к определенной(ым) категории(ям)), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

4.4. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.5. Если иное не установлено Договором страхования, датой оплаты страховой премии/страхового взноса Страхователем является:

4.5.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователь – физическое лицо, не зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя;
- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживают разные кредитные организации;
- дата зачисления денежных средств на счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

4.5.2. при наличных формах расчетов – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

4.6. В случае, если Договором страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку, и оплата очередного страхового взноса не произведена в срок, установленный Договором страхования, или произведена в меньшем размере, чем установлен Договором страхования, **Страховщик имеет право отказаться от исполнения Договора страхования в одностороннем порядке** (т.е. заключение отдельного соглашения Сторон не требуется), направив соответствующее письменное уведомление Страхователю с указанием даты, с которой Договор страхования будет считаться расторгнутым (прекращенным). Страховщик имеет право в таком уведомлении предусмотреть, что Договор будет считаться расторгнутым (прекращенным) с даты, указанной в уведомлении, если до этой даты не будет внесен очередной страховой взнос, внесение которого было просрочено или произведено не в полном объеме.

4.7. При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

- обязан уведомлять Страхователя о факте просрочки уплаты очередного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов), в т.ч. об оплате его не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным в Договоре страхования;

- вправе уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

При этом информирование/уведомление посредством СМС сообщений на номер мобильного телефона или на адрес электронной почты согласно документам, указанным в п. 5.7. настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащие информирование/уведомление и считается сделанным в письменной форме.

4.8. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(ых) страхового(ых) взноса(ов).

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

5.1.1. путем составления **одного документа на бумажном носителе подписываемого обеими** Сторонами (в том числе на основании письменного заявления Страхователя). Таким документом может быть страховой полис по установленной Страховщиком форме.

5.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) **на бумажном носителе, подписанного Страховщиком**, на основании устного или письменного заявления Страхователя. В соответствии со ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса) и/или принятие от Страховщика страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции).

Дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных документах или иных документах. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, платежные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страховой премии.

Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и / или иных документов, в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

5.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного **в виде электронного документа и подписанного Страховщиком** в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, или заключение Договора в виде электронного документа (обмена электронными документами) посредством подписания электронными подписями Сторон или иным способом в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Для заключения Договора страхования, в том числе оценки страховых рисков, и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть представлены следующие документы и сведения:

5.2.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены), в случае, когда Договор страхования заключается на основании письменного заявления.

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

5.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

- 5.2.4.** Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).
- 5.2.5.** Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).
- 5.2.6.** Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).
- 5.2.7.** Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).
- 5.2.8.** Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).
- 5.2.9.** Сведения и/или документы, необходимые для исполнения Договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты, платежные реквизиты и др.).
- 5.2.10.** Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.
- 5.2.11.** Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма) и/или объединения страховщиков (при наличии).
- 5.2.12.** Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов (если это требуется в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования).
- 5.2.13.** Сведения и(или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).
- 5.2.14.** Сведения, относящиеся к кредитному договору; договору, на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы) (в т.ч. факт его(их) заключения, номер и дата, размер кредита/лимита кредита).
- 5.2.15.** Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст, пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин)); сведения о наличии/ отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы); сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий / занятости / работе (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости на основании гражданско-правового договора, и др.) / ведении предпринимательской деятельности (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль); сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.); сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по форме 3-НДФЛ); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.); сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях об их заключении, об отказах в заключении Договора

страхования, о получении страховых выплат); сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющих(вшихся) у родственников Застрахованного лица; сведения об иждивенцах.

5.3. Форма представления указанных выше в п. 5.2. настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 5.2. настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом Страховщик при заключении конкретного Договора страхования или отдельных групп единообразных Договоров страхования вправе сократить перечень документов и(или) сведений или принять взамен иные документы и(или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом.

5.4. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

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

5.5. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, предоставленной Страхователем (в том числе для заключения Договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленных договором страхования действия (например, оплата страховой премии/страхового взноса)) подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов (в т.ч. Договора страхования) со стороны Страховщика.

5.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:

5.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);

5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 5.5. настоящих Правил страхования (при наличии);

5.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

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

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

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп. 9.1.1 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

5.8. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренные законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

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

5.10. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный документ считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

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

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

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия Договора страхования и(или) порядок его определения указывается в Договоре страхования.

Срок действия Договора страхования устанавливается посредством указания в Договоре страхования даты(дня) его начала и даты(дня) окончания и/или периода времени.

6.2. Соглашением сторон могут предусматриваться различные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц.

Срок страхования может определяться посредством указания в Договоре страхования даты (дня) его начала и даты (дня) окончания и/или периода времени. Соглашением Сторон могут предусматриваться различные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 24 часов 00 минут дня, определяющего его прекращение.

Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

6.3. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, указанной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

7.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, под которым, в частности, понимается полное исполнение обязательств как это предусмотрено настоящими Правилами страхования, когда по Договору страхования иные страховые риски отсутствуют (возможность их наступления отпала);

7.1.2. по инициативе Страховщика на основании п. 4.6 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке;

7.1.3. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования и/или законодательством Российской Федерации дата

прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком и не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, в подп. 7.6.1, 7.6.2 Правил, а также если применимо в подп. 7.6.3, 7.6.4 Правил страхования;

7.1.4. по соглашению Сторон;

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

7.1.6. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и/или Договором страхования.

7.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов из числа, указанных в п. 7.6 настоящих Правил (с учетом того, что применимо), в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

7.3. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.4 настоящих Правил страхования (если Стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.4. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основаниям, предусмотренным подп. 7.1.1 - 7.1.3 настоящих Правил страхования, возврат страховой премии (ее части) не производится (если иное не предусмотрено Договором страхования и/или законодательством Российской Федерации при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.3 Правил). При этом Стороны исходят из следующего:

7.4.1. по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, Страховщик формирует страховые резервы в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами органа страхового надзора;

7.4.2. выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, равняется нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.5. В иных случаях, кроме указанных в п. 7.3, п. 7.4 настоящих Правил страхования, вопрос о возврате страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования регламентируется действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):

7.6.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена), содержащее все необходимые сведения и реквизиты;

7.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в том числе, применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства; если заявитель не является гражданином РФ, - документы, подтверждающие право его нахождения и въезда на территорию Российской Федерации (в т.ч. вид на жительство, виза, миграционная карта (с учетом того, что применимо)));

7.6.3. документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплату, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

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

7.6.5. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в п.п. 7.1.5 - 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику должны быть предоставлены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств, предусмотренных законодательством Российской Федерации. При этом на заявителя возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля),

кроме того в случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным Договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа;

7.6.6. в случае возврата страховой премии (ее части) лицу, не являющемуся налоговым резидентом Российской Федерации, предоставлению Страховщику подлежит оригинал или надлежащим образом заверенная копия документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика, присвоенного иностранным государством (территорией), налоговым резидентом которого он является (при наличии такого документа).

7.7. При обращении к Страховщику Выгодоприобретателя (-ей) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследники) и Страховщик, в соответствии со ст. 430 Гражданского кодекса Российской Федерации, не могут с момента такого (-их) обращения (-ий) расторгать или изменять Договор страхования без согласия обратившегося (-ихся) Выгодоприобретателя (-ей), кроме случая досрочного прекращения Договора в соответствии с подп. 7.1.2 Правил, а также когда иное предусмотрено Договором страхования (в т.ч. применительно к определенному периоду действия такого Договора страхования).

7.8. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены положения, касающиеся прекращения Договора страхования, дополнительные или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования, в т.ч. при досрочном прекращении Договора согласно подп. 7.1.3 Правил и последствий такого прекращения Договора.

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И СРОКИ ИХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

8.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования.

8.2. При наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в настоящих Правилах страхования, **страховые выплаты** осуществляются в следующем порядке и размере (с учетом того, что установлено Договором страхования для отдельных страховых рисков):

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

Для страховых рисков, по которым в Договоре страхования установлены отдельные страховые суммы, страховая выплата рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, при этом размер страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим по одному страховому риску, ограничен размером страховой суммы, установленной по такому страховому риску, и не может ее превышать.

8.2.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Смерть» «Смерть от несчастного случая», «Диагностирование особо опасного заболевания»** устанавливается равным 100% (ста процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица.

Страховая выплата осуществляется единовременно.

8.2.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»** устанавливается равным 100 % (ста процентам) страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.

Страховая выплата осуществляется единовременно.

8.2.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается равным 0,67 % (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования

в отношении Застрахованного лица, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с 1-го дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) или другого указанного в договоре страхования дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), но не более за 75 (семьдесят пять) дней за весь срок страхования (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен Договором страхования.

8.2.5. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»** устанавливается равным 0,67 % (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го дня нетрудоспособности или другого указанного в договоре страхования дня нетрудоспособности, но не более за 21 (двадцать один) день за весь срок страхования (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен Договором страхования.

8.2.6. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и выплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше.

8.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, предусмотренным Договором страхования из числа указанных в Правилах страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

8.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, предусмотренным Договором страхования из числа указанных в Правилах страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.4.1. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно, а также согласие на обработку персональных данных (предоставляются по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

8.4.2 документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя) и, если применимо документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследников) и/или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и/или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

8.4.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя/наследника (при обращении представителя);

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

8.4.5. по страховым рискам **«Смерть»**, **«Смерть от несчастного случая»**, дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.4. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.5.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица или решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим;

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

8.4.5.3. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения

(включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной события явился несчастный случай) или диагностирования Заболевания (если причиной события явилось Заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.4.5.4. выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

8.4.5.5. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

8.4.6. по страховому риску «Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы» дополнительно к указанному в подп. 8.4.1.

– 8.4.4. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

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

8.4.6.2. справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);

8.4.6.3. официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы, сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы;

8.4.6.4. если событие произошло в результате болезни:

- медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

8.4.6.5. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

8.4.7. по страховому риску «Временная нетрудоспособность» дополнительно к указанному в подп.

8.4.1. – 8.4.4. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.7.1. закрытый(ые) или открытый(ые) листок(ки) нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа (если листок нетрудоспособности для такого Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации не оформляется) предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;

8.4.7.2. выписка из медицинской карты амбулаторного больного (в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая сведения об обстоятельствах Временной нетрудоспособности застрахованного лица (Временного расстройства для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки), заболевания либо последствия телесного повреждения, в результате которого наступила Временная нетрудоспособность застрахованного лица (Временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица);

8.4.7.3. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного (если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре), содержащий сведения об обстоятельствах Временной нетрудоспособности застрахованного лица (Временного расстройства для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки), заболевания либо последствия телесного повреждения, в результате которого наступила Временная нетрудоспособность застрахованного лица (Временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица), даты госпитализации и их причины;

8.4.7.4. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

8.4.8. По страховому риску **«Диагностирование особо опасного заболевания»** дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. - 8.4.4. настоящих Правил представляются (учетом того, что применимо):

- медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования критического заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства;
- выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

8.4.9. по страховому риску **«Временная нетрудоспособность по уходу за больным членом семьи»** дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.4. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.9.1. закрытый(ые) или открытый(ые) листок(ки) нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц.

8.5. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, предусмотренные в п. 8.4 настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, который выдал документ и/или располагает его

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

8.6. Предусмотренный п. 8.4 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию) из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая.

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.4 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.7. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, или если такие документы не содержат достаточную для принятия решения Страховщиком информацию, Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов, содержащих достаточную для принятия решения Страховщиком информацию.

8.8. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем, а также об осуществлении или об отказе в страховой выплате, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.9. Страховщик принимает решение:

8.9.1. по страховым случаям по всем страховым рискам, указанным в настоящих Правилах, **о страховой выплате** (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов (с учетом предусмотренной периодичности их предоставления (когда применимо)).

При этом:

Страховщик принимает решение о страховой выплате по произошедшему событию по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** и производит такую страховую выплату (если полагается) один раз за весь оплачиваемый период нетрудоспособности, вызванный наступившим событием (в случае предоставления документа, указанного в подп. 8.4.7.1 Правил, один раз сразу за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз в зависимости от частоты (периодичности) предоставления Страховщику документов, предусмотренных разделом 8 Правил для соответствующего страхового риска (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.7.1 Правил, на периодической основе (с учетом требований установленных в подп. 8.4.7.1 Правил)), но не чаще чем один раз в месяц.

Страховщик принимает решение о страховой выплате по произошедшему событию по страховому риску **«Временная нетрудоспособность по уходу за больным членом семьи»** и производит такую страховую выплату (если полагается) один раз за весь оплачиваемый период

нетрудоспособности, вызванный наступившим событием (в случае предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.9.1 Правил, один раз сразу за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз в зависимости от частоты (периодичности) предоставления Страховщику документов, предусмотренных разделом 8 Правил для соответствующего страхового риска (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.9.1 Правил, на периодической основе (с учетом требований установленных в подп. 8.4.9.1 Правил)), но не чаще чем один раз в месяц.

Страховая выплата производится в денежной форме на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении о страховой выплате или иным способом по согласованию Сторон/по согласованию с Выгодоприобретателем.

8.9.2. об отказе в страховой выплате (по всем страховым рискам, указанным в настоящих Правилах) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок Страховщиком направляется Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

8.10.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух лет;

8.10.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, если иное не предусмотрено соглашением Сторон;

8.10.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, если иное не предусмотрено соглашением Сторон;

8.10.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

8.11. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.11.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (п. 3.3. настоящих Правил) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из определений, закрепленных в разделе 1 Правил или в отношении соответствующего Застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск);

8.11.2. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующей (-ему) страховому риску или после прекращения Договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

8.11.3. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные договором страхования. При этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита/параметров;

8.11.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования;

8.11.5. за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение;

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

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, а также предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены Договором страхования;

9.1.2. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования и Договором страхования;

9.1.3. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения и/или) документы, необходимые для заключения Договора страхования;

9.2.2. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом), любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

9.2.3. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.7 настоящих Правил;

9.2.4. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

9.2.5. отказать в страховой выплате при наличии оснований, установленных настоящими Правилами, уведомив об этом Выгодоприобретателя в срок, установленный в разделе 8 настоящих Правил;

9.2.6. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

9.3.2. при заключении Договора страхования предоставить сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска;

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

9.3.4. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

9.3.5. при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, или события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами сроки;

9.3.6. ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования.

9.4. Страхователь имеет право:

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

9.4.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии);

9.4.3. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;

9.4.4. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);

9.4.5. отказаться от Договора страхования, письменно уведомив об этом Страховщика в соответствии с условиями Правил страхования;

9.4.6. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.4.7. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

9.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования, и /или Договором страхования, и /или действующим законодательством Российской Федерации.

9.6. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

10. Порядок разрешения споров

10.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке.

При невозможности достичь взаимного согласия, споры между юридическими лицами решаются в арбитражном суде по месту нахождения Страховщика (если иное не предусмотрено соглашением сторон).