

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Общества с ограниченной ответственностью

Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»

от 28.08.2020 № Пр/225-2

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0074.СЖ/СЛ.01/05.00

Москва, 2020

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0074.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями следующие договоры страхования (далее и выше по тексту – «Договор (-ы)» или «Договор (-ы) страхования»)): договоры страхования жизни, договоры добровольного медицинского страхования, договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры комбинированного страхования»).

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему (при этом если с одним и тем же Страхователем заключаются несколько Договоров страхования на основании настоящих Правил страхования, вручается один экземпляр Правил страхования, и Правила страхования считаются приложенными к каждому из таких Договоров страхования). Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования (в страховом полисе).

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации. При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие определения и термины:

1.4.1. **Болезнь (Заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

1.4.2. **Врач (также может именоваться Врач-специалист)** - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.4.3. **Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования.

1.4.4. **Годовщина действия Договора страхования** (также может именоваться «полисная годовщина») – число и месяц даты вступления Договора страхования в силу, за исключением случаев, когда эта дата приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия Договора считается 28 февраля, в високосные годы – 29 февраля.

1.4.5. **Госпитализация** – размещение и последующее нахождение Застрахованного лица в стационаре медицинской организации, имеющей соответствующие лицензии и разрешения, в целях оказания ему медицинской помощи, необходимость которой вызвана произошедшим в течение срока страхования несчастным случаем, в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и круглосуточное стационарное лечение в медицинской организации.

1.4.6. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по транспортировке, в том числе по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги,

связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.

1.4.7. Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и (или) Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому (-ым) риску (-ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены, в том числе (но не ограничиваясь) в денежном выражении, в процентах от страховой суммы, в определенном образом рассчитанном размере страховой суммы/части страховой суммы, а также в натуральном выражении (в том числе по количественным показателям медицинских услуг, количеству обращений и т.п.).

1.4.8. Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.

1.4.9. Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (или иного документа, на основании которого разрешено осуществление медицинской деятельности, выданного в соответствии с законодательством страны, в которой оно располагается (если применимо)) , а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4.10. Несчастный случай – фактически произошедшее в период действия Договора страхования внезапное непредвиденное внешнее событие, не зависящее от воли Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящих Правил страхования и Договора страхования.

1.4.11. Особо опасное заболевание – диагностированное в течение срока страхования заболевание или проведение хирургического вмешательства, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложения) и (или) Договором страхования (приложением к нему), впервые в жизни Застрахованного лица.

1.4.12. Отсутствие занятости – отсутствие трудоустройства в связи с потерей Застрахованным лицом работы вследствие причин, указанных в п.п. 3.1.13.1, 3.1.13.2 настоящих Правил. О факте отсутствия занятости свидетельствует отсутствие записей о трудоустройстве в трудовой книжке Застрахованного лица в течение периода, предусмотренного п. 3.1.13 настоящих Правил.

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

1.4.14. Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС) – документ, являющийся приложением к Правилам страхования и неотъемлемой частью Договора страхования, предусматривающего соответствующий страховой риск, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, предусматривающему соответствующий страховой риск, а также порядок их оказания.

1.4.15. **Профессиональный пилот** – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другой страны.

1.4.16. **Сервисная компания (Ассистанс-компания)** - специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

1.4.17. **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.

1.4.18. **Страховая выплата** - по страховым рискам, предусмотренным подп. 3.1.1 – 3.1.13 Правил страхования, - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного страховым случаем. При наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным п. 3.1.14 – 3.1.19 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программами (-ой) ДМС.

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

1.4.20. **Травма** – причинение вреда здоровью (нарушение физической целостности организма, повреждение органов и тканей) Застрахованного лица, наступившее вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

1.4.21. **Транспорт общего пользования** – любое средство передвижения (устройство), осуществляющее регулярную перевозку пассажиров согласно установленным маршрутам движения и (или) перевозку грузов / багажа / грузобагажа и относящееся к:

1.4.21.1. транспортным средствам автомобильного транспорта (в т.ч. автобусы, троллейбусы, маршрутные транспортные средства), за исключением такси;

1.4.21.2. внеуличному транспорту (в т.ч. метро, трамваи, монорельсовый транспорт);

1.4.21.3. транспортным средствам городского транспорта (в т.ч. наземного электрического транспорта);

1.4.21.4. воздушным судам (в т.ч. самолеты);

1.4.21.5. водным судам;

1.4.21.6. железнодорожным транспортным средствам (локомотивы, вагоны и др.).

1.5. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.

1.6. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки. Территория действия страхования по договору страхования жизни (договору комбинированного страхования – в части страхования жизни) - весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования. Договором добровольного медицинского страхования (договором комбинированного страхования в части медицинского страхования) / Программой ДМС может быть предусмотрена территория страхования, на которой Застрахованным лицом могут быть получены медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС. В качестве территории страхования может быть предусмотрена территория Российской Федерации (или ее часть) и (или) территория иных(-ого) государств(-а) (или их (его) части) и (или) иная территория, определенная в Договоре страхования / Программе ДМС как территория страхования.

1.7. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке.

По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или по соглашению Сторон иная иностранная валюта.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.1 – 3.1.13 Правил страхования: 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 (подп. 1 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – «страхование жизни»);

2.1.2. в отношении страховых рисков, предусмотренных п.п. 3.1.14 – 3.1.19 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (подп. 5 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – «медицинское страхование»).

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

2.3. Страхователь - дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключающее Договор страхования.

2.4. Выгодоприобретатель – одно или несколько лиц, назначенных с письменного согласия Застрахованного лица, в пользу которого (-ых) заключен Договор страхования, и которое (-ые) обладает (-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая.

По страхованию жизни: 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. Договором страхования в отношении одного или нескольких страховых рисков может быть предусмотрена очередность, в соответствии с которой лицо может рассматриваться в качестве Выгодоприобретателя. Условия Договора страхования об очередности определяются по соглашению между Страхователем и Страховщиком. 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.

По медицинскому страхованию: Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

2.5. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования.

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

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по любому (-ым) риску (-ам) из числа следующих:

3.1.1. **Дожитие Застрахованного лица до установленной даты** (также может именоваться «**дожитие**»). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до установленной Договором страхования даты.

3.1.2. **Смерть Застрахованного лица** (также может именоваться «**смерть**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по причине, не связанной с исключениями из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.3. **Смерть Застрахованного лица (с возвратом взносов)** (также может именоваться «**смерть (с возвратом взносов)**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования.

3.1.4. **Смерть Застрахованного лица** (далее «дополнительное страхование жизни на срок»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по причине, не связанной с исключениями из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.5. **Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**смерть от несчастного случая**» или «**смерть НС**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, когда она наступила в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты несчастного случая и в течение срока страхования (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.6. **Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования** (также может именоваться «**смерть на общественном транспорте**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом во время поездки в качестве пассажира на транспорте общего пользования (как это определено Правилами страхования) с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.7. **Диагностирование особо опасных заболеваний.** Страховым случаем является первичное диагностирование у Застрахованного лица особо опасного заболевания, указанного в Приложении № 1 к Правилам страхования, при условии, что Застрахованное лицо не умерло в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты первичного диагностирования особо опасного заболевания и с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.8. **Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни** (также может именоваться «**инвалидность 1, 2 или 3 группы**»). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 группы в результате несчастного случая или болезни, инвалидности 2 или 3 группы в результате несчастного случая (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.9. **Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**инвалидность в результате НС**»). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая и с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.10. **Травмы Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**травмы**»). Страховым случаем является получение Застрахованным лицом

травмы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования и не связанное с исключениями из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования).

3.1.11. Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая (также может именоваться **«хирургические вмешательства от НС»**). Страховым случаем признается осуществление медицинской процедуры, предусмотренной Таблицей размеров выплаты страхового обеспечения в случае хирургического вмешательства (Приложение № 3 к Правилам), вызванная последствиями несчастного случая (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.12. Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая (также может именоваться **«госпитализация от НС»**). Страховым случаем является Госпитализация Застрахованного лица как это определено Правилами страхования, начавшаяся в течение срока страхования (с учетом исключений из страхового покрытия (как они определены настоящим разделом Правил и (или) Договором страхования)).

3.1.13. Дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери Застрахованным лицом работы, как это событие определено далее в настоящем подпункте, **повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее 32 календарных дней** (также может именоваться **«дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»**). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы Застрахованным лицом в течение срока страхования, под которой понимается прекращение трудового договора, заключенного на неопределенный срок по основному месту работы с Застрахованным лицом, работающим непрерывно не менее 6 месяцев до даты прекращения трудового договора, в соответствии с любым(и) из указанных в настоящем подпункте оснований, повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее 32 календарных дней (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил):

3.1.13.1. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации (п. 1 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае расторжения трудового договора с работником филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации, расположенных в другой местности, в случае прекращения их деятельности;

3.1.13.2. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников организации (п. 2 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации).

В случае изменения Трудового Кодекса Российской Федерации основания, предусмотренные в п.п. 3.1.13.1 – 3.1.13.2 настоящих Правил, применяются в соответствии с изменениями в Трудовом Кодексе Российской Федерации.

3.1.14. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» стандартная, являющейся Приложением № 4 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 1»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – «Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России»).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» стандартная, являющейся Приложением № 4 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 1, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение

расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.15. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная, являющейся Приложением № 5 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 2»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России и за рубежом*»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная, являющейся Приложением № 5 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 2, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.16. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» для людей старшего поколения (65+), являющейся Приложением № 6 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 3»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Лечение злокачественного онкологического заболевания на территории России для людей старшего поколения (65+)»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Онкострахование» для людей старшего поколения (65+), являющейся Приложением № 6 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 3, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.17. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», являющейся Приложением № 7 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 4»), вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», являющейся Приложением № 7 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 4, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.18. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих

* За рубежом - только в тех странах, которые указаны в Программе добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная (Приложение № 5 к Правилам страхования).

степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Чек-ап» стандартная, являющейся Приложением № 8 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 5»), повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Чек-ап в стандартном объеме»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап» стандартная, являющейся Приложением № 8 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 5, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.1.19. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Чек-ап» расширенная, являющейся Приложением № 9 к Правилам страхования (далее также может именоваться «Программа ДМС № 6») , повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (также может именоваться – **«Чек-ап в расширенном объеме»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их и предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап» расширенная, являющейся Приложением № 9 к Правилам страхования, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС № 6, повлекшее возникновение расходов Страховщика на оплату медицинских / иных услуг (за исключением событий, перечисленных в п. 3.6 настоящих Правил).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования.

3.3. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в подп. 3.1.2 (кроме страхового риска «смерть», предусматривающего порядок выплаты «выплата к сроку» (как он определен в п. 8.6.2.2 настоящих Правил)), 3.1.4 – 3.1.13 Правил страхования, события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.3.1. в результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;

3.3.2. участия Застрахованного лица в столкновениях (иных приравниваемых к ним событиях), нарушениях общественного порядка, в подготовке и / или совершении террористического акта.

3.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3 настоящих Правил, по любому страховому риску из числа указанных в подп. 3.1.5– 3.1.12 Правил страхования, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.4.1. в результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);

3.4.2. управлении Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

- 3.4.3. во время пребывания в местах содержания под стражей, отбывания наказания в виде лишения свободы;
- 3.4.4. непосредственном участии Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;
- 3.4.5. вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 3.4.6. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;
- 3.4.7. в результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;
- 3.4.8. вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная подп. 11.3.4 настоящих Правил страхования.

3.5. Дополнительно к событиям, перечисленным в пунктах 3.3 и 3.4 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.5.1. По страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»** (кроме Особо опасных заболеваний «ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови» и «ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной (медицинской) деятельности» (как они определены в Приложении № 1 к Правилам), а также по страховому риску **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»** применительно к установлению инвалидности 1 группы: событие вследствие заболевания, произошедшего при наличии у Застрахованного лица на момент его наступления ВИЧ-инфекции и (или) СПИДа. Данное условие не применяется в следующих случаях:

3.5.1.1. когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных / внутримышечных инъекций препаратов, предписанных врачом, или при трансплантации органов, произведенных по медицинским показаниям в период срока страхования по данному риску, и при этом учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного лица;

3.5.1.2. когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица, и при этом учреждение, в котором Застрахованное лицо выполняло профессиональные (медицинские) обязанности, ставшие причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного лица, а также у Застрахованного лица имеется отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный в течение 7 (семи) дней после случая, ставшего причиной инфицирования;

3.5.1.3. когда Страховщик был уведомлен о наличии ВИЧ-инфекции и (или) СПИДа при заключении Договора страхования.

3.5.2. По страховому риску **«смерть на общественном транспорте»**: смерть, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего во время поездки Застрахованного лица в качестве пассажира легкового такси.

3.5.3. По страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»**:

3.5.3.1. в результате беременности, родов, лечения любых осложнений при беременности и родах, а также лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение. Данное исключение не применяется в отношении беременности и

- родов, когда Особо опасное заболевание продлилось более 90 (девяноста) дней с момента прекращения беременности;
- 3.5.3.2. в результате искусственного прерывания беременности;
- 3.5.3.3. событие, повлекшее смерть Застрахованного лица в течение 30 (тридцати) дней с даты впервые в жизни установленного диагноза;
- 3.5.3.4. Особо опасные заболевания «Полная потеря зрения», «Паралич», «Обширные ожоги», «Тяжелая черепно-мозговая травма» (как они определены в Приложении № 1), когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и (или) токсического опьянения;
- 3.5.3.5. Особо опасное заболевание «Потеря конечностей» (как оно определено в Приложении № 1 к Правилам), когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и (или) токсического опьянения, или в иных случаях в результате употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.
- 3.5.4. По страховому риску **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»**: установление Застрахованному лицу инвалидности в результате заболевания до истечения 180 (ста восьмидесяти) календарных дней со дня начала срока страхования по данному страховому риску.
- 3.6. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховому риску, указанному в п. 3.1.13 Правил страхования, следующие события:
- 3.6.1. прекращение (расторжение) трудового договора в соответствии с основаниями, прямо не предусмотренными в подп. 3.1.13.1. – 3.1.13.2. настоящих Правил, в том числе
- 3.6.1.1. расторжение трудового договора по инициативе Застрахованного лица;
- 3.6.1.2. прекращение трудового договора по соглашению сторон;
- 3.6.1.3. прекращение трудового договора в связи со смертью Застрахованного лица, а также признанием Застрахованного лица умершим или безвестно отсутствующим;
- 3.6.2. прекращение (расторжение) трудового договора о выполнении работы по совместительству (внутреннему или внешнему);
- 3.6.3. прекращение (расторжение) трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок менее 32 календарных дней;
- 3.6.4. прекращение (расторжение) трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с даты недобровольной потери работы;
- 3.6.5. прекращение (расторжение) трудового договора, по которому Застрахованное лицо работало менее, чем 6 месяцев непрерывно до даты прекращения (расторжения) трудового договора;
- 3.6.6. прекращение (расторжение) срочного трудового договора.
- 3.7. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в подп. 3.1.14 – 3.1.19 Правил страхования, события, указанные в качестве исключений из страхового покрытия в Приложениях №№ 4 – 9 к Правилам страхования.
- 3.8. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п. 3.3 – 3.7 настоящих Правил (в т.ч. от указанного в Приложениях №№ 4 – 9 к Правилам страхования), и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.
- 3.9. События, указанные в п.п. 3.3 – 3.7 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 устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования.

Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и (или) в виде единой суммы по определённым страховым рискам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.4.2. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях и в иностранной валюте.

При установлении страховой суммы в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования, если Договором страхования не определены иной курс и (или) иная дата его установления.

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

Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Для расчета страховых тарифов Страховщик применяет методы актуарной математики.

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, состояние здоровья, сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий), и иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.4. Страховая премия оплачивается Страховщику одновременно в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии, при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.5.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

5.1.1. Путем составления одного документа, 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 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.

5.1.3. Путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии.

Дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных 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.

5.2. Для заключения Договора страхования 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, и если Договор страхования заключается на основании письменного заявления).

5.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованное лицо, а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.); документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; 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 Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 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 оценки страховых рисков, установленные п. 5.3 настоящих Правил (если применимо).

5.2.10. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

5.2.11. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

5.2.12. 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).

5.2.13. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

5.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:

5.3.1. Запросить у Страхователя следующие сведения в отношении Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете (наблюдении);
- 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 / отклонениях в развитии (для детей) / 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 информацию 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 (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
- сведения, 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 по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;
- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль).

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика.

5.4. Форма предоставления указанных в п. 5.2 и 5.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 5.2 и 5.3 перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем.

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

Если Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 5.2 и 5.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленных Договором страхования действий (например, оплата страховой премии) 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 (страхового полиса / свидетельства / сертификата / квитанции)) 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;

5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (страховом полисе / свидетельстве / сертификате / квитанции), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно подп. 5.1.3 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 неуведомлением / несвоевременным уведомлением.

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

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т.ч. предусмотренные подп. 11.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте 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, предусмотренных настоящими Правилами страхования (для случаев, когда предусмотрены), законодательством Российской Федерации.

В частности, Стороны вправе договориться об изменении следующих условий страхования:

5.8.1. размер страховой премии;

5.8.2. размер страховой суммы;

5.8.3. срок страхования;

5.8.4. изменение условий страхования в связи с увеличением страхового риска (п. 5.10 Правил страхования).

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, Страхователь вправе обратиться по вопросам внесения изменений в Договор страхования в срок не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты предполагаемого внесения изменений.

Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, размеры страховых сумм, страховой премии, срок страхования могут изменяться в годовщину действия Договора 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 период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и (или) документов согласно п. 5.2, 5.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 5.4 Правил.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

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

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

5.11. В случае утери Договора страхования (страхового полиса / свидетельства / сертификата / квитанции) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр документа считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

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

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

6.2. Срок страхования указывается в Договоре страхования. При этом, соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и (или) окончания страхования для каждого или отдельных страховых рисков.

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

6.3. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

7.1.1. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.6 Правил страхования.

7.1.2. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 5.10 настоящих Правил страхования.

7.1.3. При одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования в соответствии с подп. 11.2.3 настоящих Правил страхования. При этом Договор страхования прекращается на 30 (тридцатый) календарный день после направления Страховщиком письменного заявления Страхователю об отказе от Договора страхования (последний день действия Договора страхования).

7.1.4. 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.

7.1.5. По соглашению Сторон.

7.1.6. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. возврат денежных средств производится в рублях;

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

7.3. Если Договором страхования или законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу возврат уплаченной страховой премии (ее части) не производится.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования, предусматривающего страховой риск **«дожитие»**, в соответствии с подп. 7.1.1 – 7.1.3 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены Договором страхования или законодательством Российской Федерации), Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

7.5. Размер выкупной суммы определяется в соответствии с Договором страхования (приложением к нему) для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения.

Выкупная сумма, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату досрочного прекращения Договора страхования.

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

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

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

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

7.6.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.4 и 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат

представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.7. При досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу выкупная сумма / часть страховой премии (если полагается) выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения Договора страхования или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.6 настоящих Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

7.8. 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).

7.9. Прекращение срока действия Договора страхования не прекращает обязательства Сторон, которые возникли в связи со страховым случаем, произошедшим в период действия Договора страхования.

Расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключен, влечет за собой прекращение всех обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с прекращением Договора страхования. В частности, досрочное прекращение действия Договора страхования прекращает обязательства Страховщика по осуществлению страховой (-ых) выплат (-ы) (как по заявленным событиям, так и по событиям, о которых Страховщик не был уведомлен) и начиная со дня, следующего за последним днем действия Договора страхования, страховая (-ые) выплата (-ы) по Договору страхования не производится (-ятся) - кроме случаев, когда настоящими Правилами или Договором страхования не предусмотрено иное.

7.10. 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.

8. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ (ДОГОВОРА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ)

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.13 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.1.1. в отношении всех страховых рисков, кроме страхового риска **«дожитие» и «дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»**, – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

8.1.2. в отношении страхового риска **«дожитие»** – в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня наступления страхового случая по данному страховому риску;

8.1.3 в отношении страхового риска **«дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»** – в течение 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока непрерывного отсутствия занятости, указанного в п. 3.1.13 Правил.

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.13 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1. при заключении Договора страхования способами, указанными в подп. 5.1.1 и 5.1.3 Правил страхования: документ, подтверждающий заключение Договора страхования (Договор страхования (страховой полис / свидетельство / сертификат / квитанция)), и дополнительно при заключении Договора страхования способом, указанным в подп. 5.1.3, – платежные документы, подтверждающие оплату страховой премии;

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

8.2.3. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на

получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника) и (или) копии документов, подтверждающих изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и (или) согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации));

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

8.2.5. 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);

8.2.6. дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие»** предоставляется свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершения таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. При этом дата заверения копии / выписки должна быть не ранее дня наступления страхового случая.

8.2.7. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховым рискам **«смерть», «смерть с возвратом взносов», «дополнительное страхование жизни на срок», «смерть от несчастного случая», «смерть на общественном транспорте»** представляются (с учетом того, что применимо):

8.2.7.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица;

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

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

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

8.2.8. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховым рискам **«инвалидность в результате НС», «инвалидность 1, 2 или 3 группы»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

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

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

8.2.8.4. документы, указанные в подп. 8.2.7.3 и 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.9. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«диагностирование особо опасного заболевания»** предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним):

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

8.2.10. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«хирургические вмешательства от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

8.2.10.2. документы, указанные в подп. 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.11. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«госпитализация от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.11.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты несчастного случая, приведшего к госпитализации, длительности стационарного лечения и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах госпитализации. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и (или) истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом, Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.2.11.2. документы, указанные в подп. 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.12. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил, по страховому риску **«травмы»** предоставляются (с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним)):

8.2.12.1. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и (или) частными врачами, с указанием диагноза, даты телесного повреждения, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения и позволяющие сделать заключение о причинах травмы. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии. При этом,

Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.2.12.2. результаты лабораторных и инструментальных исследований, протоколы выполненных операций и манипуляций (например, рентгеновские снимки и их описание) (в случае необходимости);

8.2.12.3. документы, указанные в подп. 8.2.7.4 настоящих Правил.

8.2.13. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.5 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»** предоставляются:

8.2.13.1. надлежащим образом заверенная копия трудовой книжки (все страницы). При этом, дата заверения должна быть не ранее 33 календарного дня с даты прекращения (расторжения) трудового договора, повлекшего отсутствие занятости, как это определено п. 3.1.13 Правил;

8.2.13.2. документы, подтверждающие факт заключения и прекращения / расторжения трудового договора (например, прекращенный / расторгнутый трудовой договор с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями), решение суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и разрешении его в судебном порядке).

8.3. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, предусмотренные выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, который выдал документ и (или) располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и (или) международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

8.4. Предусмотренный выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в том числе основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный выше в п. 8.2 и в Приложениях к Правилам перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.5. 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.

8.6. Страховые выплаты производятся в случае принятия Страховщиком соответствующего решения единовременном в следующем размере:

Подпункт Правил	Страховой риск	Размер страховой выплаты
-----------------	----------------	--------------------------

8.6.1.	«дожитие»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.2.	«смерть»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска. При этом, по страховому риску «смерть» Договором страхования устанавливается один из следующих порядков выплаты: 8.6.2.1. «Мгновенный порядок выплаты» (как он определен ниже в настоящем пункте). 8.6.2.2. «Выплата к сроку» (как он определен ниже в настоящем пункте). Под «мгновенным порядком выплаты» понимается порядок, при котором страховая выплата может быть произведена до окончания срока страхования в соответствии со сроками, установленными в подп. 8.11.2.1 Правил страхования. Под «выплатой к сроку» понимается порядок, при котором выплата может быть произведена только после окончания срока страхования в соответствии со сроками, установленными в подп. 8.11.2.2 Правил страхования.
8.6.3.	«смерть с возвратом взносов»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска. При этом, если соглашением Сторон не предусмотрено иное, размер страховой суммы по страховому риску «смерть с возвратом взносов» определяется в размере уплаченной Страхователем страховой премии по страховым рискам «дожитие» и «смерть с возвратом взносов».
8.6.4.	«дополнительное страхование жизни на срок»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.5.	«смерть от несчастного случая»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.6.	«смерть на общественном транспорте»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.7.	«диагностирование особо опасного заболевания»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.6.8.	«травмы»	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 2 к Правилам страхования.
8.6.9.	«инвалидность 1, 2 или 3 группы»	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: - в случае установления инвалидности 1 группы: в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 2 группы: в размере 75% (семидесяти пяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 3 группы: в размере 50% (пятидесяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае если в результате одного и того же страхового события производится повышение группы инвалидности, каждая страховая выплата в связи с установлением более

		высокой группы инвалидности производится за вычетом ранее произведенных выплат.
8.6.10.	«инвалидность в результате НС»	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: - в случае установления инвалидности 1 группы: в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 2 группы: в размере 75% (семидесяти пяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае установления инвалидности 3 группы: в размере 50% (пятидесяти процентов) от страховой суммы, установленной по данному страховому риску; - в случае если в результате одного и того же страхового события производится повышение группы инвалидности, каждая страховая выплата в связи с установлением более высокой группы инвалидности производится за вычетом ранее произведенных выплат.
8.6.11.	«госпитализация от НС»	0,2% (ноль целых две десятых процента) страховой суммы, установленной по данному страховому риску, за каждый календарный день нахождения Застрахованного лица в стационаре, начиная со дня, следующего за днем поступления в стационар, но не более чем за 90 (девяносто) дней в связи с одним несчастным случаем.
8.6.12.	«хирургические вмешательства от НС»	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 3 к Правилам страхования.
8.6.13.	«дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»	50% (пятьдесят процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.

8.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае, если событие можно классифицировать как страховой случай одновременно по страховым рискам **«смерть» / «смерть с возвратом взносов», «дополнительное страхование жизни на срок», «смерть от несчастного случая», «смерть на общественном транспорте»,** страховые выплаты суммируются и осуществляются по каждому риску, предусмотренному Договором страхования.

8.8. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае если событие можно одновременно классифицировать как страховой случай по страховому риску **«инвалидность 1, 2 или 3 группы»** и по страховому риску **«инвалидность в результате НС»** (когда оба страховых риска предусмотрены Договором страхования) выплаты суммируются и осуществляются по обоим рискам.

8.9. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), указанные ниже в настоящем пункте и в Приложении (-ях) к настоящим Правилам страхования. При этом, по согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования могут быть предусмотрены иные (в том числе дополнительные или отличные от указанных) лимиты страхового обязательства.

8.9.1. Страховые выплаты в течение каждого полисного года с начала срока страхования по страховым рискам **«травмы», «хирургические вмешательства от НС», «госпитализация от НС»** не могут превышать размера страховой суммы, установленного Договором страхования по соответствующему страховому риску. Превышающая (-ие) лимит сумма (-ы) (часть суммы) не подлежит (-ат) выплате.

8.9.2. Размер страховых выплат по страховым рискам **«инвалидность 1, 2 или 3 группы», «инвалидность в результате НС», «диагностирование особо опасного заболевания», «дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы»** за весь срок страхования по всем страховым случаям, относящимся к соответствующему страховому риску, не может превышать размера страховой суммы, установленной для такого риска. В случае если Страховщиком за период действия Договора страхования по какому-либо страховому риску были произведены страховые выплаты в размере страховой суммы, обязательства Страховщика по данному страховому риску считаются полностью исполненными, и срок страхования по данному риску, прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

8.10. 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. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах (включая Приложения) и (или) в Договоре страхования.

8.11. Страховщик принимает решение о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в следующие сроки:

8.11.1. По страховым рискам **«дожитие», «смерть с возвратом взносов», «дополнительное страхование жизни на срок», «смерть от несчастного случая», «смерть на общественном транспорте», «диагностирование особо опасного заболевания», «травмы», «инвалидность 1, 2 или 3 группы», «инвалидность в результате НС», «госпитализация от НС», «хирургические вмешательства от НС»** - в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

8.11.2. По страховому риску **«смерть»**:

8.11.2.1. Если Договором страхования установлен «мгновенный порядок выплаты» – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в т. ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

8.11.2.2. Если Договором страхования установлена «выплата к сроку» – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в т. ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) документов, но не ранее чем через 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента окончания срока страхования.

8.12. При наличии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик принимает соответствующее решение в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

8.13. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон.

8.14. Страховая выплата, установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату принятия Страховщиком решения о выплате.

9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДОГОВОРА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)

9.1. В целях организации и оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программами (-ой) ДМС, Застрахованному лицу необходимо обратиться за получением услуг в порядке, предусмотренном Договором страхования и (или) Программами(-ой ДМС), к Страховщику, в медицинскую организацию или в сервисную компанию (в случае ее привлечения Страховщиком для организации оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования) (в зависимости от того,

что предусмотрено Договором страхования и (или) Программами (-ой) ДМС), и предоставить сведения и (или) документы, предусмотренные Программами (-ой) ДМС. При этом, действуют положения п.п. 8.3 – 8.5 настоящих Правил.

По страховым рискам, предусмотренным подп. 3.1.14 – 3.1.19 Правил страхования, страховые выплаты определяются и осуществляются в следующем порядке:

- 9.1.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программ (-ы) ДМС, предусмотренных (-ой) Договором страхования).
- 9.1.2. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и (или) медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программ (-ы) ДМС, непосредственно сервисным компаниям / медицинским организациям, организующим/оказывающим такие услуги. Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и (или) медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.
- 9.1.3. Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программами (-ой) ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании / медицинской организации, привлеченной (-ых) Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и качество таких услуг.
- 9.1.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг / стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования и Программ (-ы) ДМС, и не может превышать лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), устанавливаемых Договором страхования и (или) Программами (-ой) ДМС.
- 9.1.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а также их оплату:
 - 9.1.5.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в подп. 9.1.5.2 настоящих Правил страхования;
 - 9.1.5.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании из числа предусмотренных Договором страхования и (или) согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских услуг и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай по любому страховому риску (кроме страхового риска «**дожития**») наступил вследствие:

- 10.1.1. 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 полных лет;
- 10.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 10.1.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 10.1.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

10.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

10.2.1. 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 (раздел 3 Правил страхования, Программы ДМС, Договор страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования / Приложениях к Правилам страхования / Программе ДМС).

10.2.2. Сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

10.2.3. Количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг (сумма расходов на их организацию) превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования и (или) Программой (-ами) ДМС. Страховщик отказывает в страховой выплате в части, превышающий лимит ответственности.

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

10.2.5. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и (или) иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.

10.2.6. На основании п. 7.9 настоящих Правил страхования.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования;

11.1.2. предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и в 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;

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

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

11.2. Страховщик имеет право:

11.2.1. перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/ обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья;

11.2.2. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

- 11.2.3. отказаться в любой момент в одностороннем порядке в полном объеме от исполнения Договора страхования, заключенного с юридическим лицом / физическим лицом, действующим в качестве индивидуального предпринимателя, в случае нарушения Страхователем положения (-ий) настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования (в т. ч. неисполнение обязанности, предусмотренной подп. 11.3.4 настоящих Правил страхования);
 - 11.2.4. отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 8.5 настоящих Правил страхования;
 - 11.2.5. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
 - 11.2.6. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
 - 11.2.7. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.
- 11.3. Страхователь обязан:
- 11.3.1. уплачивать страховую премию в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования;
 - 11.3.2. при заключении Договора страхования предоставить сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера);
 - 11.3.3. незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 5.10 Правил 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;
 - 11.3.4. уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих изменение страхового риска, в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил страхования в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом Стороны могут согласовать иные сроки уведомления.
 - 11.3.5. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;
 - 11.3.6. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования и (или) Программой (-ами) ДМС сроки;
 - 11.3.7. ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования (в т.ч. предусмотренными Программой (-ами) ДМС).
- 11.4. Страхователь имеет право:
- 11.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;
 - 11.4.2. обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии);
 - 11.4.3. получить дубликат Договора страхования (страхового полиса / свидетельства / сертификата / квитанции) в случае утраты;
 - 11.4.4. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);
 - 11.4.5. досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика;
 - 11.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 11.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования (включая Приложения), и (или) Договором страхования, и (или) действующим законодательством Российской Федерации.
- 11.6. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

13. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).

13.2. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющихся физическими лицами (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Обработка персональных данных Страховщиком осуществляется:

13.2.1. для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения Договора страхования;

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

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

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

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

Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое ознакомление с заявленными целями обработки персональных данных.

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

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