

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Исполняющего обязанности Генерального директора
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 22 марта 2019 года № Пр/48-2

ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0059.СЖ/СЛ.03/05.00

Москва, 2019

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0059.СЖ/СЛ.03/05.00 (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 со Страхователем заключаются в один день несколько Договоров страхования на основании настоящих Правил страхования, вручается один экземпляр Правил страхования, и Правила страхования считаются приложением 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 (далее также – ГК РФ). 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. **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.

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

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

1.4.4. **Госпитализация** – стационарное лечение Застрахованного лица, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем.

1.4.5. **Дополнительный инвестиционный доход (может также именоваться «ДИД»)** – сумма, выплачиваемая в случаях и в порядке, установленных настоящими Правилами страхования, в связи с инвестированием Страховщиком средств страховых резервов.

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 программе(ам) страхования / 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. Льготный период – если иное не предусмотрено Договором страхования, - период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не устанавливается.

1.4.9. 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.

1.4.10. 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.

1.4.11. 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.

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

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

1.4.14. Программа страхования – один или комбинация нескольких страховых рисков, с ответственностью по которым заключается Договор страхования.

1.4.15. 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.

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

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

1.4.18. **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.

1.4.19. **Страховая выплата** - по страховым рискам, предусмотренным п.п. 3.1 – 3.2 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. 3.3 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программами(ой) ДМС.

1.4.20. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку, в соответствии с условиями Договора страхования.

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

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

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

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

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

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

1.4.22.5. водным судам;

1.4.22.6. 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., 3.2 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. 3 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. 3.3 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, и которое(-ые) назначено(-ы) с согласия Застрахованного лица.

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.

Договор страхования жизни (договор комбинированного страхования в части страхования жизни) может быть заключен в отношении:

2.5.1. единственного совершеннолетнего Застрахованного лица (далее именуется «единственное Застрахованное лицо») или

2.5.2. в отношении Застрахованного взрослого и / или Застрахованного ребенка.

Если Правилами страхования и / или Договором страхования прямо не предусмотрено иное, упоминание по тексту условий страхования термина «Застрахованное лицо» в равной степени подразумевает под собой и единственное Застрахованное лицо, и Застрахованного взрослого, и Застрахованного ребенка.

2.6. В рамках действия настоящих Правил договор страхования жизни (договор комбинированного страхования в части страхования жизни) может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей (-им) категории (-ям):

2.6.1. применительно к единственному Застрахованному лицу (подп. 2.5.1 Правил) и применительно к Застрахованному взрослому (подп. 2.5.2): физические лица в возрасте менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет на дату начала срока страхования или более 80 (восемидесяти) полных лет на дату окончания срока страхования;

2.6.2. применительно к Застрахованному ребенку (подп. 2.5.2): физические лица в возрасте менее 1 (одного) года или более 19 (девятнадцати) полных лет на дату начала срока страхования или более 24 (двадцати четырех) полных лет на дату окончания срока страхования

2.6.3. лица, которым установлена инвалидность 1 или 2 группы, или лица, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;

2.6.4. лица, больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита;

2.6.5. лица, имеющие психические заболевания и/или расстройства поведения;

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

2.6.7. лица, находящиеся под следствием, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы.

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

2.7. В рамках действия настоящих Правил договор добровольного медицинского страхования (договор комбинированного страхования в части медицинского страхования) может быть заключен на стандартных условиях в отношении лиц, которые не относятся к нижеследующей (-им) категории (-ям):

2.7.1. применительно к страховым рискам, указанным в п.п. 3.3.1, 3.3.2, 3.3.6 Правил страхования, - физические лица в возрасте менее 18 (восемнадцати) лет на дату начала срока действия Договора страхования или более 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования;

2.7.2. применительно к страховым рискам, указанным в п.п. 3.3.4, 3.3.5 Правил страхования, - физические лица в возрасте менее 18 (восемнадцати) лет на дату начала срока действия Договора страхования или более 74 (семидесяти четырех) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования;

2.7.3. применительно к страховому риску, указанному в п. 3.3.3 Правил страхования, - физические лица в возрасте менее 65 (шестидесяти пяти) лет на дату начала срока действия Договора страхования или более 74 (семидесяти четырех) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования;

2.7.4. лица, находящиеся на дату заключения Договора страхования на стационарном лечении;

2.7.5. лица, на дату заключения Договора страхования, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы;

2.7.6. лица, имеющие на дату заключения Договора страхования любое из следующих заболеваний и/или состояний и/или связанные с ним(-и) осложнения:

- синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительство вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

- туберкулез;

- психические расстройства и/или расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- злокачественные новообразования (злокачественные опухоли, включая лейкемию, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, саркомы);

2.7.7. лица, состоящие на дату заключения Договора страхования на учете в наркологическом и/или онкологическом и/или психоневрологическом диспансерах.

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

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

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. В соответствии с настоящими Правилами договор страхования жизни (договор комбинированного страхования в части страхования жизни) может быть заключен с ответственностью по любой (-ым) из следующих программ страхования:

3.1.1. **«Смешанное страхование жизни»**, включающая в себя следующие страховые риски:

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

3.1.1.2. **смерть Застрахованного лица по любой причине** (также может именоваться **«смерть»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине (за исключением событий, предусмотренных в п. 3.5 настоящих Правил страхования).

3.1.2. **«Дожитие с возвратом взносов в случае смерти»**, включающая в себя следующие страховые риски:

3.1.2.1. **«дожитие»**. Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до установленной Договором страхования даты;

3.1.2.2. **«смерть»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине (за исключением событий, предусмотренных в п. 3.5 настоящих Правил страхования).

Данная программа страхования может быть предусмотрена только в отношении Застрахованного ребенка.

3.1.3. **«Освобождение от уплаты взносов»**, включающая в себя любой (-ые) из следующих страховых рисков:

3.1.3.1. **«смерть»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине (за исключением событий, предусмотренных в п. 3.5 настоящих Правил страхования);

3.1.3.2. **установление Застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности** (далее также именуется **«инвалидность 1 или 2 группы»**). Страховым случаем является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (далее – **«МСЭ»**) Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы в течение срока страхования (за исключением событий, предусмотренных п. 3.5, 3.6, подп. 3.7.1, 3.7.2, 3.7.5 настоящих Правил страхования).

Договор страхования может быть заключен с ответственностью по данной программе страхования только в случаях, когда Страхователь является Застрахованным лицом и страховая премия подлежит оплате в рассрочку.

3.2. В дополнение к страховым рискам, включенным в программы страхования (подп. 3.1 Правил), договор страхования жизни (договор комбинированного страхования в части страхования жизни) может быть заключен с ответственностью по любым страховым рискам из числа следующих:

3.2.1. **Смерть Застрахованного лица по любой причине** (также может именоваться «**дополнительное страхование жизни на срок**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине (за исключением событий, предусмотренных в п. 3.5 настоящих Правил страхования).

3.2.2. **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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6 настоящих Правил страхования).

3.2.3. **Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования** (также может именоваться «**смерть на общественном транспорте**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом во время поездки в качестве пассажира на транспорте общего пользования (как это определено Правилами страхования) (за исключением событий, предусмотренных в п. 3.5, 3.6, подп. 3.7.3 настоящих Правил страхования).

3.2.4. **Диагностирование особо опасных заболеваний.** Страховым случаем является:

3.2.4.1. применительно к единственному Застрахованному лицу или Застрахованному взрослому – 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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6, подп. 3.7.1, 3.7.2, 3.7.4 настоящих Правил страхования);

3.2.4.2. применительно к Застрахованному ребенку – первичное диагностирование у Застрахованного лица особо опасного заболевания, указанного в Приложении № 2 к Правилам страхования, при условии, что Застрахованное лицо не умерло в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты первичного диагностирования особо опасного заболевания (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6, подп. 3.7.1, 3.7.2, 3.7.4 настоящих Правил страхования).

3.2.5. **Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни** (также может именоваться «**инвалидность 1, 2 или 3 группы**»). Страховым случаем является установление МСЭ Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 группы по любой причине, инвалидности 2 или 3 группы в результате несчастного случая (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6, подп. 3.7.1, 3.7.5 настоящих Правил страхования).

3.2.6. **Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**инвалидность в результате НС**»). Страховым случаем является установление МСЭ Застрахованному лицу в течение срока страхования категории «ребенок-инвалид» или инвалидности 1, 2 или 3 группы (в зависимости от того, что применимо) в результате несчастного случая (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6 настоящих Правил страхования).

3.2.7. **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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6 настоящих Правил страхования).

3.2.8. **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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6 настоящих Правил страхования).

3.2.9. **Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться **«госпитализация от НС»**). Страховым случаем является Госпитализация Застрахованного лица как это определено Правилами страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5, 3.6 настоящих Правил страхования).

3.3. Договор добровольного медицинского страхования жизни (договор комбинированного страхования в части медицинского страхования) может быть заключен с ответственностью по любым страховым рискам из числа следующих:

3.3.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» стандартная, являющейся Приложением № 5 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 № 5 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. 3.8 настоящих Правил).

3.3.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Онкострахование» расширенная, являющейся Приложением № 6 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 № 6 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. 3.8 настоящих Правил).

3.3.3. 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 № 7 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

* За рубежом - только в тех странах, которые указаны в Программе добровольного медицинского страхования "Онкострахование" расширенная (Приложение № 6 к Правилам страхования).

медицинского страхования «Онкострахование» для людей старшего поколения (65+), являющейся Приложением № 7 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. 3.8 настоящих Правил).

3.3.4. 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 № 8 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 № 8 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. 3.8 настоящих Правил).

3.3.5. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Чек-ап» стандартная, являющейся Приложением № 9 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, 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 № 9 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. 3.8 настоящих Правил).

3.3.6. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, 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 № 10 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, 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 № 10 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. 3.8 настоящих Правил).

3.4. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Страховым полисом.

3.5. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1, 3.2 Правил страхования, события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.5.1. 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;

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

3.6. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.5 настоящих Правил, по любому страховому риску из числа указанных в п.п. 3.1, 3.2 Правил страхования, кроме страхового риска **«смерть» / «дополнительное страхование жизни на срок»**, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по договору страхования жизни (договору комбинированного страхования в части страхования жизни) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

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

3.6.2. 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;

3.6.3. во время пребывания в местах лишения свободы;

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

3.6.5. 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;

3.6.6. занятии Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятии 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;

3.6.7. в результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;

3.6.8. вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная подп. 10.3.4 настоящих Правил страхования.

3.7. Дополнительно к событиям, перечисленным в пунктах 3.5 и 3.6 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по договору страхования жизни (договору комбинированного страхования в части страхования жизни) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.7.1. по страховому риску **«инвалидность 1 или 2 группы»**, 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 и / или Приложении № 2 к Правилам, в зависимости от того, что применимо)), 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:

3.7.1.1. 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;

3.7.1.2. 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;

3.7.1.3. когда Страховщик был уведомлен о наличии ВИЧ-инфекции и/или СПИДа при заключении Договора страхования.

3.7.2. по страховым рискам **«инвалидность 1 или 2 группы»** и **«диагностирование особо опасных заболеваний»**:

3.7.2.1. в результате беременности, родов, лечения любых осложнений при беременности и родах, а также лечения бесплодия, включая искусственное оплодотворение. Данное исключение не применяется по страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»** в отношении беременности и родов, когда Особо опасное заболевание продлилось более 90 (девяноста) дней с момента прекращения беременности;

3.7.2.2. в результате искусственного прерывания беременности;

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

3.7.4. по страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»**:

3.7.4.1. событие, повлекшее смерть Застрахованного взрослого в течение 30 (тридцати) дней с даты впервые в жизни установленного диагноза;

3.7.4.2. Особо опасные заболевания «Полная потеря зрения», «Потеря слуха», «Паралич», «Обширные ожоги», «Тяжелая черепно-мозговая травма» (как они определены в Приложении № 1 и / или Приложении № 2 к Правилам (в зависимости от того, что применимо)), когда событие наступило вследствие травмы, полученной Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения 1 промилле и более, наркотического и/или токсического опьянения;

3.7.4.3. 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;

3.7.5. по страховым рискам **«инвалидность 1 или 2 группы»**, **«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 соответствующему страховому риску.

3.8. Не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) по страховым рискам, указанным в п. 3.3 Правил страхования, события, указанные в качестве исключений из страхового покрытия в Программах ДМС №№ 1 – 6, являющихся Приложениями №№ 5 – 10 к Правилам страхования.

3.9. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования, предусматривающим соответствующие риски, может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п. 3.5 – 3.8 настоящих Правил (в т.ч. от указанного в Программах ДМС №№ 1 – 6, являющихся Приложениями №№ 5 – 10 к Правилам страхования), и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

3.10. События, указанные в п.п. 3.5 – 3.8 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 Страховом полисе.

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, по всем страховым рискам, кроме страховых рисков по программе страхования «освобождение от уплаты взносов» (если предусмотрена Договором страхования), страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.

По страховому риску, относящемуся к программе страхования «освобождение от уплаты взносов» (если предусмотрена Договором страхования), страховая сумма является изменяемой. Со дня вступления Договора страхования в силу страховая сумма определяется как сумма очередных страховых взносов (по договору страхования жизни) / как сумма очередных страховых взносов по страховым рискам, относящимся к страхованию жизни (по договору комбинированного страхования), даты оплаты которых приходятся на период освобождения от уплаты страховых взносов, устанавливаемый в соответствии с п. 8.3 настоящих Правил страхования. До момента вступления Договора страхования в силу страховая сумма приравнивается к первому страховому взносу (по договору страхования жизни) / к первому страховому взносу по страховым рискам, относящимся к страхованию жизни (по договору комбинированного 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 до вступления Договора страхования в силу одновременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные Договором страхования.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые взносы оплачиваются равными платежами в течение установленного Договором страхования периода времени со следующей периодичностью: ежегодно или раз в полгода или ежеквартально.

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии, при неоплате страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме и до истечения срока, указанного в Страховом полисе, 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.

4.6. Если иное не установлено Договором страхования, в случае, если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней.

Льготный период исчисляется с даты уплаты платежа, внесение которого просрочено.

Стороны пришли к соглашению (при отсутствии иного в Договоре страхования), что при неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

Страховщик уведомляет Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов). При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.7 настоящих Правил страхования, рассматривается Сторонами как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

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

5. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования

5.1. Договор страхования может 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 (первого страхового взноса).

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 (страхового взноса).

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;
- 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. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

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 со стороны Страховщика.

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

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

5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.4 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. 10.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на 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 / порядок оплаты страховой премии / страхового взноса;

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 (страховых взносов), 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 Страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный Страховой полис 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

6.1. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с 00 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования, и при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования.

6.2. Срок действия Договора страхования указывается в Страховом полисе посредством указания даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания его действия.

6.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется следующим образом: страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем начала срока действия Договора страхования, до дня, определенного как день окончания Договора страхования.

Договором страхования могут предусматриваться иные сроки начала и (или) окончания срока страхования (в том числе для каждого (отдельных) страховых рисков).

6.4. Страхование оканчивается в 23 часа 59 минут последнего дня его действия.

6.5. В отношении следующих страховых рисков, независимо от установленного срока действия Договора страхования, устанавливается (-ются) следующая (-ие) дата начала и / или дата окончания страхования:

6.5.1. по страховому риску **«диагностирование особо опасных заболеваний»** дата начала страхования устанавливается как 180 (сто восемьдесятый) календарный день после вступления Договора страхования в силу; дата окончания страхования (последний день действия страхования по страховому риску) устанавливается как календарная дата полисной годовщины, следующей за датой, когда Застрахованному лицу исполнится 70 (семьдесят) полных лет;

6.5.2. по страховым рискам **«инвалидность 1 или 2 группы», «инвалидность 1, 2 или 3 группы», «инвалидность в результате НС», «травмы», «хирургическое вмешательство от НС», «госпитализация от НС»** дата окончания страхования (последний день действия страхования по страховому риску) устанавливается как календарная дата полисной годовщины, следующей за датой, когда единственному Застрахованному лицу (Застрахованному взрослому) исполнится 70 (семьдесят) полных лет;

6.6. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем программам страхования / страховым рискам.

7. Порядок прекращения Договора страхования и расчета выкупной суммы

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

7.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, под которым понимается полное исполнение обязательств согласно подп. 8.6.2 Правил страхования, когда по Договору страхования иные страховые риски отсутствуют (возможность их наступления отпала);

7.1.2. 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;

7.1.3. по инициативе Страховщика на основании п. 4.6 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания льготного периода;

7.1.4. в случае расторжения Договора страхования согласно п. 5.10 настоящих Правил страхования;

7.1.5. при одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования в соответствии с подп. 10.2.3 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);

7.1.6. 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;

7.1.7. по соглашению Сторон;

7.1.8. 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 не производится. При досрочном прекращении договора страхования жизни / договора комбинированного страхования в соответствии с подп. 7.1.2 – 7.1.6 настоящих Правил страхования Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва по страхованию жизни на день прекращения Договора страхования.

7.4. Размер выкупной суммы рассчитывается как гарантированная выкупная сумма, определенная в соответствии с размером, установленным Страховым полисом (приложением к нему), для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения, увеличенная на размер дополнительного инвестиционного дохода, начисленного Страховщиком по договору страхования жизни / по договору комбинированного страхования в части страхования жизни (если полагается).

В случае наличия задолженности Страхователя по уплате страховых взносов на дату досрочного прекращения Договора страхования Страховщик уменьшает размер выкупной суммы на размер задолженности Страхователя (по договору страхования жизни) / на размер задолженности Страхователя по уплате страховых взносов по страховым рискам, относящимся к страхованию жизни (по договору комбинированного страхования).

7.5. 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. 7.1.6 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных в законодательстве обстоятельств.

7.7. Выкупная сумма 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 возникшие обязательства Сторон.

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).

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 определения страховых выплат и сроки их осуществления. Основания отказа в страховой выплате

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

8.2. Страховые выплаты при наступлении страховых случаев по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1. – 3.2 настоящих Правил страхования, осуществляются одновременно в порядке и размерах, определенных в п.п. 8.2.1 – 8.2.12, 8.3 – 8.7 настоящих Правил страхования:

Подпункт Правил	Страховой риск / программа страхования	Размер страховой выплаты
8.2.1.	Страховой риск «дожитие» (программа страхования «дожитие с возвратом взносов в случае смерти» или программа страхования «смешанное страхование жизни»)	в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной для программы страхования «дожитие с возвратом взносов в случае смерти» или «смешанное страхование жизни» (в зависимости от того, что предусмотрено Договором страхования), увеличенном на размер дополнительного инвестиционного дохода (если полагается).
8.2.2.	Страховой риск «смерть» (программа страхования «смешанное страхование жизни»)	в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной для программы страхования «дожитие с возвратом взносов в случае смерти» , увеличенном на размер дополнительного инвестиционного дохода (если полагается).
8.2.3.	Страховой риск «смерть» (программа страхования «дожитие с возвратом взносов в случае смерти»)	в размере уплаченной (-ых) Страхователем до наступления страхового случая страховой премии (страховых взносов) по программе страхования «дожитие с возвратом взносов в случае смерти» , увеличенном на размер дополнительного инвестиционного дохода (если полагается).
8.2.4.	Страховой риск «дополнительное страхование жизни на срок»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.2.5.	Страховой риск «смерть от несчастного случая»	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.

8.2.6.	Страховой риск « смерть на общественном транспорте »	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.2.7.	Страховой риск « диагностирование особо опасного заболевания »	100% (сто процентов) страховой суммы, установленной для данного страхового риска.
8.2.8.	Страховой риск « травмы »	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 3 к Правилам страхования.
8.2.9.	Страховой риск « инвалидность 1, 2 или 3 группы »	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
8.2.10.	Страховой риск « инвалидность в результате НС »	в размере, зависящем от установленной группы инвалидности: <ul style="list-style-type: none"> - в случае установления инвалидности 1 группы или категории «ребенок-инвалид»: 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.
8.2.11.	Страховой риск « 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.
8.2.12.	Страховой риск « хирургические вмешательства от НС »	в проценте от страховой суммы, установленной по данному страховому риску, в соответствии с Приложением № 4 к Правилам страхования.

8.3. В случае наступления страхового случая по страховому риску «**инвалидность 1 или 2 группы**» или страховому риску «**смерть**» (программа страхования «**освобождение от уплаты взносов**») Страхователь (в случае смерти Страхователя – лицо, принявшее на себя его права и обязанности) освобождается от обязанности уплачивать страховой (-ые) взнос (-ы) (по договору страхования жизни) / страховой (-ые) взнос (-ы) по страховым рискам, относящимся к страхованию жизни (по договору комбинированного страхования), если Договором страхования не предусмотрено иное. При этом:

8.3.1. освобождение от уплаты взносов наступает с даты оплаты очередного страхового взноса, непосредственно следующей за датой принятия Страховщиком решения о страховой выплате согласно п. 8.15 настоящих Правил страхования;

8.3.2. если установленная группа инвалидности требует прохождения переосвидетельствования в установленные сроки, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщать Страховщику о результатах переосвидетельствования и предоставлять документы, подтверждающие решение МСЭ, в течение 2 (двух) месяцев, следующих за месяцем, на который было назначено переосвидетельствование;

8.3.3. освобождение Страхователя от обязанности уплачивать страховые взносы прекращается, если инвалидность 1 или 2 группы снята или изменена на 3 группу, с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором было принято решение МСЭ;

8.3.4. по страховым рискам «**инвалидность 1 или 2 группы**» и «**смерть**» (программа страхования «**освобождение от уплаты взносов**») страховые выплаты, не связанные с оплатой страхового (-ых) взноса (-ов) по Договору страхования, не производятся.

8.4. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае, если событие можно классифицировать как страховой случай одновременно по страховым рискам «**смерть**» (программа страхования «**дожитие с возвратом взносов в случае смерти**»), «**дополнительное страхование жизни на срок**», «**смерть от несчастного случая**», «**смерть на общественном транспорте**» (в зависимости от того, что указано в Договоре страхования), страховые выплаты суммируются и осуществляются по каждому риску, предусмотренному Договором страхования.

8.5. 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.

8.6. Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, применительно к одному Застрахованному лицу предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), указанные ниже в настоящем пункте и в Приложении (-ях) к настоящим Правилам страхования:

8.6.1. Страховые выплаты в течение каждого календарного 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.

8.6.2. Размер страховых выплат по страховым рискам **«инвалидность 1, 2 или 3 группы», «дополнительное страхование жизни на срок», «смерть от несчастного случая», «смерть на общественном транспорте», «диагностирование особо опасного заболевания»** 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.

8.6.3. Размер страховых выплат по страховому риску **«инвалидность в результате НС»** за весь срок страхования по всем страховым случаям, относящимся к такому страховому риску, не может превышать размера страховой суммы, установленной для данного риска или совокупности данного риска и других рисков (при установлении единой страховой суммы по нескольким рискам). В случае если Страховщиком за период действия Договора страхования 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.

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

8.8. По страховым рискам, предусмотренным п. 3.3 Правил страхования, страховые выплаты определяются и осуществляются в следующем порядке:

8.8.1. Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программ(-ы) ДМС, предусмотренных(-ой) Договором страхования).

8.8.2. 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.

8.8.3. 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.

8.8.4. 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.

8.8.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также их оплату:

8.8.5.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п. 8.8.5.2 настоящих Правил страхования;

8.8.5.2. 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.

8.9. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1, 3.2 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.9.1. в отношении всех страховых рисков, кроме страхового риска **«дожитие»** и **«инвалидность 1 или 2 группы»** (программа страхования **«освобождение от уплаты взносов»**) – в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

8.9.2. в отношении страхового риска **«инвалидность 1 или 2 группы»** (программа страхования **«освобождение от уплаты взносов»**) – первично в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а далее – согласно п. 8.3.2 настоящих Правил страхования (если применимо);

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

8.10. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1, 3.2 Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.10.1. Страховой полис;

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

8.10.3. 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) подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

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

8.10.5. 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);

8.10.6. дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 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.

8.10.7. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховым рискам **«смерть»**, **«дополнительное страхование жизни на срок»**, **«смерть от несчастного**

случая», «смерть на общественном транспорте» представляются (с учетом того, что применимо):

8.10.7.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица;

8.10.7.2. 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;

8.10.7.3. 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;

8.10.7.4. 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.

8.10.8. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховым рискам **«инвалидность 1 или 2 группы», «инвалидность в результате НС», «инвалидность 1, 2 или 3 группы»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

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

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

8.10.8.3. 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;

8.10.8.4. документы, указанные в подп. 8.3.2 настоящих Правил;

8.10.8.5. документы, указанные в подп. 8.10.7.3 и 8.10.7.4 настоящих Правил.

8.10.9. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховым рискам **«диагностирование особо опасного заболевания»** предоставляются с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним):

8.10.9.1. 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.

8.10.10. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховым рискам **«хирургические вмешательства от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.10.10.1. 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;

8.10.10.2. документы, указанные в подп. 8.10.7.4 настоящих Правил.

8.10.11. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил по страховым рискам **«госпитализация от НС»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.10.11.1. 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;

8.10.11.2. документы, указанные в подп. 8.10.7.4 настоящих Правил.

8.10.12. Дополнительно к указанному в подп. 8.10.1 – 8.10.5 настоящих Правил, по риску **«травмы»** с учетом дополнительных требований и особенностей, установленных настоящими Правилами страхования (в т.ч. Приложением (-ями) к ним):

8.10.12.1. 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;

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

8.10.12.3. документы, указанные в подп. 8.10.7.4 настоящих Правил.

8.11. По страховым рискам, предусмотренным п. 3.3. Правил страхования, 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.

8.12. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, предусмотренные выше в п.п. 8.10, 8.11, 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.

8.13. Предусмотренный п.п. 8.10, 8.11 настоящих Правил 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 в п. 8.10 настоящих Правил страхования и в Программах ДМС перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.14. 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.

8.15. Страховщик принимает решение по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1 – 3.2 настоящих Правил, о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 12 (двенадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1 – 3.2 настоящих Правил, производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по страховым рискам **«смерть»**, **«дополнительное страхование жизни на срок»**, **«смерть от несчастного случая»**, **«смерть на общественном транспорте»**, если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата переводится на его банковский счет с уведомлением его законных представителей, в остальных случаях – страховая выплата может быть переведена на банковский счет одного из его законных представителей.

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

8.16.1. 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;

8.16.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

8.17. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.17.1. 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) 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);

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

8.17.3. количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования и/или Программой(-ами) ДМС. Страховщик отказывает в страховой выплате в части, превышающий лимит ответственности;

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

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

8.17.6. на основании п. 7.9 настоящих Правил страхования;

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

9. Порядок начисления дополнительного инвестиционного дохода (по договорам страхования жизни и по договорам комбинированного страхования в части страхования жизни)

9.1. По итогам инвестиционной деятельности за каждый календарный год Страховщик объявляет фактическую инвестиционную (нетто) норму доходности.

9.2. Дополнительный инвестиционный доход по Договору страхования определяется Страховщиком как результат размещения средств страховых резервов, относящихся к Договору страхования, полученный за счет превышения объявленной нормы доходности над гарантированной по Договору страхования нормой доходности. Для целей начисления дополнительного инвестиционного дохода принимается во внимание: величина среднего между значением математического резерва на начало и на конец соответствующего календарного года, за минусом задолженности Страхователя перед Страховщиком, и резерва бонусов, сформированного по Договору страхования на начало соответствующего календарного года.

9.3. Дополнительный инвестиционный доход по Договору страхования первый раз начисляется на конец года вступления Договора страхования в силу, пропорционально количеству дней, в течение которых Договор страхования действовал в этом календарном году.

9.4. При досрочном прекращении (расторжении) Договора страхования Страховщик не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода за календарный год, окончившийся после даты досрочного прекращения, и не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода, если на дату досрочного прекращения Договора страхования фактическая инвестиционная доходность за календарный год, предшествующий дате досрочного прекращения, не была объявлена.

9.5. Дополнительный инвестиционный доход для целей определения размера страховой выплаты рассчитывается по состоянию на одну из следующих дат:

9.5.1. в случае наступления страхового случая по страховому риску **«дожитие»** (программа страхования **«дожитие с возвратом взносов в случае смерти»** или программа страхования **«смешанное страхование жизни»**) – на дату окончания срока страхования.

9.5.2. в случае наступления страхового случая по страховому риску **«смерть»** (программа страхования **«дожитие с возвратом взносов в случае смерти»**) – на дату наступления страхового случая;

- 9.5.3. в случае досрочного прекращения Договора страхования – на дату досрочного прекращения Договора страхования.
- 9.6. Дополнительный инвестиционный доход для целей расчета выкупной суммы определяется Страховщиком в размере по состоянию на дату досрочного прекращения Договора страхования.
- 9.7. Дополнительный инвестиционный доход (если полагается) выплачивается Страховщиком:
- 9.7.1. при наступлении страхового случая по страховому риску **«дожитие»** (программа страхования **«дожитие с возвратом взносов в случае смерти»**) или программа страхования **«смешанное страхование жизни»**) или **«смерть»** (программа страхования **«дожитие с возвратом взносов в случае смерти»** или программа страхования **«смешанное страхование жизни»**) – в составе страховой выплаты;
- 9.7.2. в случае досрочного прекращения Договора страхования – в составе выкупной суммы.

10. Права и обязанности Сторон

10.1. Страховщик обязан:

- 10.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования;
- 10.1.2. 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;
- 10.1.3. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования;
- 10.1.4. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

10.2. Страховщик имеет право:

- 10.2.1. 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;
- 10.2.2. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 10.2.3. 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) Страхового полиса (в т. ч. неисполнение обязанности, предусмотренной подп. 10.3.4 настоящих Правил страхования);
- 10.2.4. отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 8.14 настоящих Правил страхования;
- 10.2.5. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
- 10.2.6. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 10.2.7. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

10.3. Страхователь обязан:

- 10.3.1. уплачивать страховую премию в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования;

10.3.2. при заключении Договора страхования предоставить сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера);

10.3.3. незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования (кроме изменений, предусмотренных п. 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;

10.3.4. 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.

10.3.5. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

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

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

10.4. Страхователь имеет право:

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

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

10.4.3. получить дубликат Страхового полиса в случае его утраты;

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

10.4.5. досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика;

10.4.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

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

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

11. 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.

12. Персональные данные. Тайна страхования

12.1. 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).

12.2. 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:

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

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

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

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

12.2.5. 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.