

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Управляющего директора - начальника управления
методологии и компетенций
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 08 декабря 2021 года № Пр/333-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0091.СЖ.01.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0091.СЖ.01.00 (далее и выше по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключает со Страхователями договоры страхования жизни (далее и выше по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»)).

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

При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (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).

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

1.4. В настоящих правилах используются следующие определения:

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

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

1.4.3. Дата страхового случая:

- по страховым рискам **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»** и **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события - потери работы по соглашению сторон»** – дата прекращения (расторжения) трудового договора;
- по страховым рискам **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»**, **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»** – дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листа нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз);

- по страховому риску «**Первичное диагностирование критического заболевания**» - дата первичного диагностирования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания;
- по страховому риску «**Госпитализация в результате несчастного случая**» - дата, соответствующая первому дню госпитализации (т.е. дата размещения в стационаре).

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

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

Заболевания, указанные в подп. 3.3.3.5.1. – 3.3.3.5.8 настоящих Правил, не являются злокачественными онкологическими заболеваниями по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

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

Заболевания, указанные в подп. 3.3.3.5.9. – 3.3.3.5.10 настоящих Правил, не являются инфарктом по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

1.4.7. Инсульт – Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим необратимым неврологическим нарушениям. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

Заболевания, указанные в подп. 3.3.3.5.11. – 3.3.3.5.14 настоящих Условий, не являются по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не установлено Договором страхования.

1.4.8. Кредитный договор - договор на предоставление кредита.

1.4.9. Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям).

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

1.4.11. Оплачиваемый период госпитализации – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нахождения в стационаре, в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая».

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

1.4.13. Оплачиваемый период отсутствия занятости – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни отсутствия занятости, в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховым рискам «Дожитие Застрахованного лица до наступления события», «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – потери работы по соглашению сторон». Первым днем отсутствия занятости является день недобровольной потери работы (как это понятие определено в п. 3.1.5. настоящих Правил), потери работы (как это понятие определено в п. 3.1.6. настоящих Правил).

1.4.14. Отсутствие занятости (безработица) – нахождение Застрахованного лица в статусе безработного и(или) лица, ищущего работу. О факте отсутствия занятости свидетельствует регистрация Застрахованного лица в установленном законодательством Российской Федерации порядке в целях поиска подходящей работы или в качестве безработного.

1.4.15. Первичное диагностирование - факт установления диагноза врачом впервые в жизни Застрахованного лица.

1.4.16. 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.

1.4.17. Расчетная величина – денежная сумма или иной параметр в пределах страховой суммы по отдельному/по всем страховому(ым) риску(ам) (с учетом того, что применимо), которая(ый) может устанавливаться Договором страхования для определения размера страховой выплаты по одному или нескольким страховому(ым) риску(ам).

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 Правилами страхования и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Договором страхования могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, предусмотренным Договором страхования.

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

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

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

1.4.22. Страховой полис – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования на основании настоящих Правил страхования.

1.4.23. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

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

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

1.4.26. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

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

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

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

1.7.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;

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

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью.

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

2.3. Страховщик по Договорам страхования – 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.

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

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 страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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

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

2.6. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае (или для определенной категории Застрахованных лиц) перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, в т.ч. влекущих применение поправочных коэффициентов и /или установление иных условий по Договору 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, может быть заключен с ответственностью по одному или нескольким из следующих страховых рисков (в любой их комбинации):

3.1.1. Непрерывная временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям (непрерывное Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **15 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате заболевания, диагностированного в течение срока страхования (далее - **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (непрерывное Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **15 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате заболевания, диагностированного в течение срока страхования.

3.1.2. Непрерывная временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям (непрерывное Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **7 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее - **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (непрерывное Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **7 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

3.1.3. Госпитализация Застрахованного лица, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая (далее - **«Госпитализация в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является Госпитализация Застрахованного лица (как это

понятие определено настоящими Правилами), начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

3.1.4. Первичное диагностирование Застрахованному лицу критического заболевания (инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания) в течение срока страхования (далее – **«Первичное диагностирование критического заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является первичное диагностирование Застрахованному лицу в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания, как они определены настоящими Правилами и/или Договором страхования.

3.1.5. Дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери Застрахованным лицом работы, как это событие определено далее в настоящем подпункте, повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее **32 календарных дней** (далее - **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы Застрахованным лицом в течение срока страхования, под которой понимается прекращение трудового договора, заключенного с Застрахованным лицом по основному месту работы, в соответствии с любым(и) из указанных в настоящем подпункте оснований, повлекшее с даты недобровольной потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее 32 календарных дней:

3.1.5.1. прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствием у работодателя соответствующей работы (п. 8 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.5.2. прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем (п. 9 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

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

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

3.1.5.5. расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи со сменой собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера) (п. 4 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.5.6. прекращение трудового договора в связи с прекращением допуска к государственной тайне, если выполняемая работа требует такого допуска (п. 10 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.5.7. прекращение трудового договора в связи со смертью работодателя - физического лица, а также признанием судом работодателя - физического лица

умершим или безвестно отсутствующим (п. 6 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

3.1.5.8. прекращение трудового договора в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

В случае изменения Трудового Кодекса Российской Федерации основания, предусмотренные в подп. 3.1.5.1. – 3.1.5.8 настоящих Правил, применяются в соответствии с изменениями в Трудовом Кодексе Российской Федерации.

3.1.6. Дожитие Застрахованного лица до наступления события потери Застрахованным лицом работы, как это событие определено далее в настоящем подпункте, повлекшее с даты потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее **32 календарных дней** (далее - «**Дожитие Застрахованного лица до наступления события – потери работы по соглашению сторон**»). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами, является дожитие Застрахованного лица до наступления события потери работы Застрахованным лицом в течение срока страхования, под которой понимается прекращение трудового договора, заключенного с Застрахованным лицом по основному месту работы, в соответствии с основанием, указанным в настоящем подпункте, повлекшее с даты потери работы непрерывное отсутствие занятости на срок не менее **32 календарных дней**:

3.1.6.1. расторжение трудового договора по соглашению сторон (статья 78 или п. 1 ч. 1 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации).

В случае изменения Трудового Кодекса Российской Федерации основание, предусмотренное в подп. 3.1.6.1 настоящих Правил, применяется в соответствии с изменениями в Трудовом Кодексе Российской Федерации.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Договоре страхования. Договор страхования может предусматривать как один страховой риск, так и различное сочетание / комбинацию страховых рисков, а также виды страхового покрытия, включающие в себя один или несколько страховых рисков в зависимости от категории(-й), к которой(-ым) относится Застрахованное лицо. При страховании двух и более лиц Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица или категории Застрахованных лиц могут предусматриваться различные страховые риски, различное сочетание/комбинация страховых рисков, виды страхового покрытия.

3.3. По страховым рискам, предусмотренным настоящими Правилами страхования, не признаются страховыми случаями по страховым рискам (**исключения из страхования**) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

3.3.1. по страховом риску «**Временная нетрудоспособность в результате заболевания**» страхования, не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **15 календарных дней**;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более **15 календарных дней**, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица;

- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), наступившая по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) оплаты страховой премии/первого страхового взноса по Договору страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени.

3.3.2. страховом риску «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»:

- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **7 календарных дней**;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более **7 календарных дней**, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лиц.

3.3.3. По страховому риску «Первичное диагностирование критического заболевания» не являются страховыми случаями (исключения их страхования) следующие события:

3.3.3.1. диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;

3.3.3.2. диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;

3.3.3.3. не первичное диагностирование заболевания;

3.3.3.4. диагностирование заболевания, наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) оплаты страховой премии/первого страхового взноса по Договору страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени;

3.3.3.5. диагностирование следующих заболеваний:

3.3.3.5.1. Злокачественной опухоли кожи и меланомы, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2,0 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM;

3.3.3.5.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1б) по классификации TNM;

3.3.3.5.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любых опухолей, гистологически описанных как предраковые заболевания;

3.3.3.5.4. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.3.3.5.5. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии А (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);

3.3.3.5.6. Папиллярного рака щитовидной железы;

3.3.3.5.7. Неинвазивного папиллярного рака мочевого пузыря, гистологически описанного как имеющего стадию TaN(0)M(0) или меньше;

3.3.3.5.8. Любого вида злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);

3.3.3.5.9. Инфаркта миокарда без изменений сегмента ST;

3.3.3.5.10. Стабильной/нестабильной стенокардии;

3.3.3.5.11. Транзиторной ишемической атаки;

3.3.3.5.12. Церебральных изменений, явившихся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;

3.3.3.5.13. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;

3.3.3.5.14. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.3.4. по страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»:**

3.3.4.1. прекращение (расторжение) трудового договора в соответствии с основаниями, прямо не предусмотренными в подп. 3.1.5.1. – 3.1.5.8. настоящих Правил, в том числе:

- расторжение трудового договора по инициативе Застрахованного лица;
- прекращение трудового договора по соглашению сторон;
- прекращение трудового договора в связи со смертью Застрахованного лица, а также признанием Застрахованного лица умершим или безвестно отсутствующим;
- прекращение (расторжение) трудового договора с Застрахованным лицом, имеющим общий трудовой стаж на дату прекращения (расторжения) трудового договора менее 12 (двенадцати) месяцев;
- прекращение (расторжение) трудового договора с Застрахованным лицом, если такой договор на дату прекращения (расторжения) действовал менее 6 (шести) месяцев;

3.3.4.2. прекращение (расторжение) трудового договора о выполнении работы по совместительству (внутреннему или внешнему);

3.3.4.3. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок менее 32 календарных дней;

3.3.4.4. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с даты недобровольной потери работы.

3.3.5. по страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события – потери работы по соглашению сторон»:**

3.3.5.1. прекращение (расторжение) трудового договора в соответствии с основаниями, прямо не предусмотренными в подп. 3.1.6.1. настоящих Правил, в том числе:

- прекращение (расторжение) трудового договора с Застрахованным лицом, имеющим общий трудовой стаж на дату прекращения (расторжения) трудового договора менее 12 (двенадцати) месяцев;
- прекращение (расторжение) трудового договора с Застрахованным лицом, если такой договор на дату прекращения (расторжения) действовал менее 6 (шести) месяцев;

3.3.5.2. прекращение (расторжение) трудового договора о выполнении работы по совместительству (внутреннему или внешнему);

3.3.5.3. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок менее 32 календарных дней;

3.3.5.4. прекращение трудового договора, повлекшее отсутствие занятости на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с даты потери работы.

3.4. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования, может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в подп. 3.3.1. - 3.3.5 настоящих Правил страхования, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и / или сократить данный перечень исключений из страхования, и /или дополнить его иными положениями.

3.5. События, указанные в подп. 3.3.1. - 3.3.5 настоящих Правил страхования, не являются страховыми случаями (**исключения из страхования**) и, в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

4. Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа

4.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования. В Договоре страхования, заключенном в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховая сумма устанавливается отдельно в отношении каждого Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

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

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

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

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

4.4. Страховая премия оплачивается в порядке, в размере и сроки, установленные договором страхования.

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховые взносы при рассрочке оплачиваются равными платежами в течение установленного Договором страхования периода времени с периодичностью, предусмотренной таким Договором страхования.

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и (или) сроков оплаты страховой премии, при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) страховой премии (первого страхового взноса) Договор страхования считается незаключенным / не вступившим в силу (в зависимости от условий конкретного Договора страхования) 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, если иной порядок для возврата (в т.ч. срок) не предусмотрен соглашением Сторон.

Возврат поступивших ошибочно уплаченных Страховщику денежных средств Страховщик производит лицу, совершившему платеж, на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного письменного обращения, если иной порядок (в т.ч. срок) не предусмотрен Договором страхования.

4.6. Если иное не установлено Договором страхования, в случае если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней, если предусмотрена ежемесячная оплата страховых взносов.

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

Стороны пришли к соглашению (если иное не предусмотрено Договором 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) и заключение отдельного соглашения Сторон не требуется.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов (согласно п.п. 7.6. настоящих Правил).

4.7. При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

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

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

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

4.8.1. при **безналичных** формах расчетов:

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

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

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

5. Порядок заключения, изменения и исполнения договора страхования

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

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

5.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) **на бумажном носителе, подписанного Страховщиком**, на основании устного или письменного заявления Страхователя. В соответствии со ст. 435, 438

и п. 2 ст. 940 Гражданского Кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса) и/или принятие от Страховщика страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции).

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

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

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

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

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

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

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

5.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

5.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

5.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).

5.2.7. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

- 5.2.8.** Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).
- 5.2.9.** сведения и (или) документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленных в настоящих Правилах (с учетом того, что применимо);
- 5.2.10.** медицинское заключение и/или иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования;
- 5.2.11.** Сведения и/или документы, необходимые для исполнения Договора страхования (например, мобильный или другой контактный номер телефона, адрес электронной почты, платежные реквизиты и др.).
- 5.2.12.** Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.
- 5.2.13.** Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма) и/или объединения страховщиков (при наличии).
- 5.2.14.** Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов (если это требуется в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования).
- 5.2.15.** Сведения и(или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).
- 5.2.16.** Сведения, относящиеся к кредитному договору; договору, на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы) (в т.ч. факт его(их) заключения, номер и дата, размер кредита/лимита кредита) (при необходимости).
- 5.2.17.** Следующие сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы: возраст, пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях/ повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин)), сведения о назначенных и/или принимаемых медицинских препаратах; сведения о наличии/ отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информация в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы); сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий / занятости / работе (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости на основании гражданско-правового договора, и др.) / ведении предпринимательской деятельности (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль); сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.); сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по

форме 3-НДФЛ); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.); сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях об их заключении, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат); сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся(вшихся) у родственников Застрахованного лица; сведения об иждивенцах.

5.2.18. Страховщик может потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком. В случае если для заключения Договора страхования необходимо проведение такого медицинского осмотра/обследования Страховщик информирует об этом потенциального Страхователя при его обращении.

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

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

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

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.

Страховщик может отдельно оговаривать в Договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон, и которые в этой связи будут считаться существенными условиями Договора страхования. При несоблюдении данных положений Договор будет считаться незаключенным и страховые выплаты не будут производиться.

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

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленного(ых) Договором страхования действия(й)) (например,

оплата страховой премии/страхового взноса)) подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования 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.

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

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

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

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

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/ несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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

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

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

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

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

Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

6. Срок действия договора страхования.

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

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

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

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

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

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

7. Прекращение Договора страхования

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

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

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

7.1.3. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования и/или законодательством Российской Федерации дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.5. Правил страхования;

7.1.4. по соглашению Сторон;

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

7.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.5 настоящих Правил, в

течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

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

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

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

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

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

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

7.5.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в том числе, применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства; если заявитель не является гражданином РФ, - документы, подтверждающие право его нахождения и въезда на территорию Российской Федерации (в т.ч. вид на жительство, виза, миграционная карта (с учетом того, что применимо)) и сведения об индивидуальном номере налогоплательщика (ИНН или TIN, в зависимости от резидентства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

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

7.5.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 7.1.5 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

8. Порядок определения страховых выплат и сроки их осуществления.

Основания отказа в страховой выплате

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

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

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

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

8.2.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»** устанавливается равным 100% (ста процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску, если иной процент или порядок определения размера выплаты не установлены Договором страхования.

8.2.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события»** устанавливается равным 0,5 % (ноль целых пять десятых) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день отсутствия занятости (но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода отсутствия занятости, если иное не установлено Договором страхования), начиная с **32-го дня** отсутствия занятости или другого, указанного в договоре страхования дня, но не более за 122 (сто двадцать два) дня **по одному страховому случаю** (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы за каждый день отсутствия занятости) при наступлении соответствующего страхового случая.

8.2.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события – потери работы по соглашению сторон»** устанавливается равным 0,5 % (ноль целых пять десятых) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день отсутствия занятости (но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода отсутствия занятости, если иное не установлено Договором страхования), начиная с **32-го дня** отсутствия занятости или другого, указанного в договоре страхования дня, но не более за 122 (сто двадцать два) дня за **весь срок страхования** (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы за каждый день отсутствия занятости) при наступлении соответствующего страхового случая.

8.2.5. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»** устанавливается равным 0,5 % (ноль целых пять десятых) от страховой суммы (но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности, если иное не установлено Договором страхования), определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с **1-го дня** нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) или другого указанного в договоре страхования дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), но не более за 122 (сто двадцать два) дня **по одному страховому случаю** (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) при наступлении соответствующего страхового случая.

8.2.6. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»** устанавливается равным 0,5 % (ноль целых пять десятых) от страховой суммы (но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности, если иное не установлено Договором страхования), определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с **1-го дня** нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) или другого указанного в договоре страхования дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), но не более за 122 (сто двадцать два) дня **по одному страховому случаю** (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) при наступлении соответствующего страхового случая.

8.2.7. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** устанавливается равным 0,3 % (ноль целых три десятых) от страховой суммы (но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации, если иное не установлено Договором страхования), определенной в договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему страховому риску за каждый день госпитализации, начиная с первого или другого указанного в договоре страхования дня госпитализации, но не более за 30 (тридцать) дней **за весь срок страхования** (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен договором страхования.

При этом по соглашению Сторон в договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты (в процентах от страховой суммы за каждый день госпитализации) при наступлении соответствующего страхового случая.

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

8.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в настоящих Правилах страхования, Страхователь (Застрахованное лицо,

Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, как ему стало известно о наступлении этого события.

8.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам, указанным в настоящих Правилах страхования, Страховщику должны быть представлены:

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

8.4.2. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), и, если применимо, 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) и /или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации)).

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

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

8.4.5. Документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по Кредитному(ым) договору(ам) (если применимо).

8.4.6. по страховым рискам **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события», «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – потери работы по соглашению сторон»** дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.5. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.6.1. трудовая книжка (со всеми вкладышами в трудовую книжку (при наличии)) Застрахованного лица и/или сведения о трудовой деятельности (как они определены в трудовом законодательстве Российской Федерации) Застрахованного лица, при этом в трудовой книжке (сведениях о трудовой деятельности) должна содержаться информация об увольнении Застрахованного лица с указанием основания и причины прекращения с ним трудового договора, а также информация о трудовой деятельности на момент заключения договора страхования;

8.4.6.2. документы, подтверждающие факт заключения и прекращения / расторжения трудового договора (например, прекращенный / расторгнутый трудовой договор с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями, включая соглашение о расторжении трудового договора по соглашению сторон (если применимо); копия приказа работодателя со ссылкой на ст. 78 или п. 1 ч. 1 статьи 77 Трудового кодекса РФ (если применимо); решение суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и разрешении его в судебном порядке);

8.4.6.3. документ, выданный государственным учреждением службы занятости населения, подтверждающий регистрацию Застрахованного лица в целях поиска подходящей работы или в качестве безработного, с указанием периода отсутствия занятости. Данный документ может представляться за весь период отсутствия занятости или периодически на ежемесячной основе.

8.4.7. по страховому риску **Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»** дополнительно к

указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.5 настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

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

8.4.7.2. выписка из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях или копия медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, надлежащим образом заверенная. Указанные документы должны содержать в том числе точные даты установления диагнозов, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания и/или состояния;

8.4.7.3. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая следующие сведения об обстоятельствах наступления временной нетрудоспособности Застрахованного лица (временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза Застрахованному лицу, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, в результате которого наступила временная нетрудоспособность Застрахованного лица (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица);

8.4.7.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, содержащий следующие сведения об обстоятельствах наступления временной нетрудоспособности Застрахованного лица (временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза Застрахованному лицу, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки) заболевания либо последствий телесного повреждения, в результате которого наступила временная нетрудоспособность Застрахованного лица (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), даты госпитализации и их причины.

Если событие произошло в результате иных причин чем болезнь, в т.ч. в результате несчастного случая:

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

8.4.8. по страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»** дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.5. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.8.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования критического заболевания, даты проведения хирургических

операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства;

8.4.8.2. Выписка из амбулаторной карты не менее чем за последние 5 (пять) лет с указанием диагнозов, точных дат их установления, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

8.4.9. по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая» дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.5. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

8.4.9.1. 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 (например, выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии).

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

8.5. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 8.4. настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/ организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, представлению подлежит нотариально удостоверенный перевод документа.

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

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

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

8.7. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, или если такие документы не содержат достаточную для принятия

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

8.8. Решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате, Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных (в т.ч. запрошенных дополнительно) и самостоятельно полученных документов.

8.9. Страховщик принимает решение **об осуществлении страховой выплаты** (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) и осуществляет ее в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) документов.

8.9.1. Решение о страховой выплате по страховому риску **«Дожитие Застрахованного лица до наступления события», «Дожитие Застрахованного лица до наступления события - потери работы по соглашению сторон»** Страховщик принимает один раз (при представлении документа, указанного в подп. 8.4.6.3. Правил, один раз за весь период отсутствия занятости) или по мере поступления документов (при представлении документа, указанного в подп. 8.4.6.3. Правил, на ежемесячной основе).

Решение о страховой выплате по страховым рискам **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», «Временная нетрудоспособность в результате заболевания»** Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.7.1. Правил, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.7.1. Правил, несколько раз).

8.10. Решение **об отказе в страховой выплате** (в т.ч. при непризнании события страховым случаем) Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

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

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

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

8.12.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

8.13. Страховщик **отказывает в страховой выплате** по следующим основаниям:

8.13.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (п. 3 Правил

страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования или в отношении соответствующего Застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск);

8.13.2. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования;

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

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

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

8.13.6. договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);

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

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страховщик обязан:

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

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

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

9.2. Страховщик имеет право:

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

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

9.2.3. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.10. настоящих Правил;

9.2.4. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;

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

9.2.5. осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

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

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

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

9.3.4. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

9.3.5. ознакомить Застрахованное лицо с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования;

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

9.4. Страхователь имеет право:

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

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

9.4.3. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;

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

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

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

9.4.7. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

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

9.6. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

10. Порядок разрешения споров

10.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.