

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом
Управляющего директора - начальника управления
методологии и компетенций
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 20 августа 2021 года № Пр/257-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
№ 0085.СЖ.01.00

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0085.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 Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования.

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

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, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также формировать условия страхования для отдельного Договора страхования или группы Договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения:

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

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

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

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

1.4.3. Дата страхового случая:

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

открытия первого листа нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз);

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

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 п. 3.3.4.5.1. – 3.3.4.5.8 Правил, не являются злокачественными онкологическими заболеваниями по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.4.6. **Инфаркт миокарда** - если иное определение не дано Договором страхования, - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения). Инфаркт должен быть **впервые диагностирован** у Застрахованного лица в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии не менее двух нижеследующих симптомов (признаков):

- а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;
- б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда.

Заболевания, указанные в п. 3.3.4.5.9. – 3.3.4.5.10. Правил, не являются инфарктом миокарда по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.4.7. **Инсульт** - если иное определение не дано Договором страхования, - 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 стойким необратимым неврологическим нарушениям. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть **впервые диагностирован** у Застрахованного лица 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 п. 3.3.4.5.11 – 3.3.4.5.14. Правил, не являются инсультом по настоящим Правилам и Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.16. **Расчетная величина** – денежная сумма или иной параметр, которая(ый) может устанавливаться Договором страхования для определения размера страховой выплаты по одному или нескольким страховому(ым) риску(ам).

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

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

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

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

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

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

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

1.4.24. **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.

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

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

3.1.1. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования (страховой риск – «Смерть»);

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

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

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

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

3.1.6. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение срока страхования особо опасного заболевания: инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания (страховой риск - **«Диагностирование особо опасного заболевания»**);

3.1.7. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, является несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом в течение срока страхования, или диагностирование в течение срока страхования впервые в жизни у Застрахованного лица заболевания, повлекший(его) установление Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы инвалидности 1 или 2 группы после окончания срока страхования и в срок не более 1 (одного) года с даты несчастного случая или диагностирования заболевания (страховой риск **«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»**).

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. Если иное не установлено Договором страхования не признаются страховыми случаями по страховым рискам (**исключения из страхования**) события, наступившие при следующих обстоятельствах:

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

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

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

3.3.2.1. установление Застрахованному лицу инвалидности по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени;

3.3.2.2. не первичное (не впервые в жизни) установление инвалидности 1 или 2 группы.

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

3.3.3.1. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 16 календарных дней;

3.3.3.2. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 16 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица;

3.3.3.3. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), наступившая по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени.

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

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

3.3.4.2. 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;

3.3.4.3. не первичное диагностирование заболевания.

3.3.4.4. диагностирование заболевания, наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени;

3.3.4.5. диагностирование следующих заболеваний:

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

3.3.4.5.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

3.3.4.5.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;

3.3.4.5.4. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.3.4.5.5. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);

3.3.4.5.6. Папиллярного рака щитовидной железы;

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

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

3.3.4.5.9. Инфаркта миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без характерных изменений ЭКГ (т.е. без изменений сегмента ST или без появления патологических зубцов Q);

3.3.4.5.10. Стабильной/нестабильной стенокардии;

3.3.4.5.11. Транзиторной ишемической атаки;

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

3.3.4.5.13. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;

3.3.4.5.14. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.4. По согласованию между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в п. 3.3. настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить/исключить данный перечень исключений, и (или) дополнить его иными положениями.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

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

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

4.5.1. при безналичных формах расчетов:

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

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

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

4.7. При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

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

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

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

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.); сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях об их заключении, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат); сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющих(вшихся) у родственников Застрахованного лица; сведения об иждивенцах.

5.2.16. Медицинское заключение и/или иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования. 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 прохождение 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.

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

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

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. 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. 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 даты вступления Договора страхования в силу и даты окончания действия Договора страхования или посредством указания периода времени.

6.2. Срок действия Договора страхования может не совпадать со Сроком страхования по одному или нескольким страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

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

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

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования/соглашением Сторон, Договор страхования прекращается до истечения срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме или при прекращении обязательств Страховщика по Договору страхования по иным основаниям, в т.ч. как это предусмотрено Договором страхования и/или настоящими Правилами страхования;

7.1.2. **отказ Страхователя** от Договора страхования **до его вступления в силу**. При этом Договор страхования считается не вступившим в силу, и страховые выплаты по нему не производятся;

7.1.3. **отказ Страхователя** от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.1 или в подп. 5.1.3. настоящих Правил, **после его вступления в силу и до истечения срока**, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;

7.1.4. **отказ Страхователя** от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.1 или в подп. 5.1.3. настоящих Правил, **после его вступления в силу и после истечения срока**, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты заключения Договора страхования;

7.1.5. **отказ Страхователя** от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.2 настоящих Правил, **после его вступления в силу и до истечения срока**, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;

7.1.6. **отказ Страхователя** от Договора страхования, заключенного способом, указанным в подп. 5.1.2 настоящих Правил, **после его вступления в силу и после истечения срока**, указанного в Договоре страхования, исчисляемого с даты получения Страхователем Страхового полиса и Правил страхования;

7.1.7. **отказ Страховщика** от Договора страхования, заключенного с физическим лицом, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем в случае, предусмотренном п. 4.6. Правил страхования;

7.1.8. **отказ Страховщика** от Договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

7.1.9. по соглашению сторон;

7.1.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.2. Если в Договоре страхования не указан срок, предусмотренный в подпунктах 7.1.3. – 7.1.6 настоящих Правил, таким сроком является срок, установленный законодательством Российской Федерации, обязывающий Страховщика вернуть Страхователю денежные средства/часть денежных средств при отказе Страхователя от Договора страхования в течение такого срока при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.3. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в подпункте 7.1.7 Правил, Договор страхования прекращается (расторгается) в порядке и в соответствии с условиями, предусмотренными в п. 4.6. Правил. При отказе Страховщика от Договора страхования в случае, указанном в п. 7.1.8 Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) с даты, определенной в уведомлении Страховщика об отказе от Договора страхования, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

7.4. При отказе Страхователя от Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.3. – 7.1.6. настоящих Правил, Договор страхования прекращается (считается расторгнутым) со дня, следующего за днем получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации.

7.5. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, **являющимся физическим лицом**:

7.5.1. Страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования при прекращении Договора страхования в следующих случаях:

7.5.1.1. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования;

7.5.1.2. в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.5. настоящих Правил страхования при условии отсутствия в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая.

7.5.2. При прекращении Договора страхования в случае, предусмотренном подпунктом 7.1.3 настоящих Правил страхования, подлежит выплате выкупная сумма при условии отсутствия в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, в размере, определяемом по следующей формуле:

$$\text{Рупл} - (\text{Руст} * T1 / N),$$

где Рупл – уплаченная страховая премия (при оплате премии единовременно) или уплаченный страховой взнос (при оплате страховой премии в рассрочку),

Руст – установленная Договором страхования страховая премия (при оплате премии единовременно) или страховой взнос, установленный Договором страхования (при оплате премии в рассрочку),

N – количество дней в сроке действия Договора страхования (при оплате премии единовременно) или в первом периоде времени, исчисляемом с даты начала действия Договора страхования (т.е. в первом месяце, квартале, годе или ином подобном периоде времени), соответствующем периодичности уплаты страховых взносов, установленной Договором страхования (при оплате премии в рассрочку),
T1 – количество дней в сроке действия Договора страхования до дня, предшествующего дате прекращения (включительно).

Выкупная сумма подлежит выплате способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в течение 10 рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил.

7.5.3. При прекращении Договора страхования в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.3, 7.1.5 настоящих Правил страхования и при наличии в период действия Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, а также при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в подпунктах 7.1.1, 7.1.4, 7.1.6, 7.1.7 настоящих Правил страхования, возврат страховой премии (ее части) не производится. При этом Стороны исходят из следующего:

7.5.3.1. 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;

7.5.3.2. выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п. 7.5.3 Правил, равна нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.5.4. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.9 настоящих Правил (если стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.5.5. Выплата Страховщиком денежных средств в связи с досрочным прекращением Договора страхования, когда она предусмотрена Договором страхования или законодательством Российской Федерации, производится в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) со дня получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил.

7.6. При прекращении Договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся **индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом:**

7.6.1. Если иное не установлено Договором страхования, при прекращении Договора страхования в связи с отказом Страхователя от Договора страхования согласно подп. 7.1.2. настоящих Правил страхования страховая премия/страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) со дня получения Страховщиком документов согласно п. 7.7 настоящих Правил страхования;

7.6.2. Если иное не установлено Договором страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п.п. 7.1.1, 7.1.3. - 7.1.8 настоящих Правил, возврат страховой премии (ее части) не производится. При этом Стороны исходят из следующего:

7.6.2.1. 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;

7.6.2.2. выкупная сумма по Договорам страхования, заключаемым на основании настоящих Правил страхования, при прекращении Договора страхования в случаях, указанных в п. 7.6.2 Правил, равна нулю. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размера страховой премии.

7.6.3. Возврат страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.9 настоящих Правил (если стороны пришли к соглашению о возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.7. Если иное не установлено Договором страхования, при взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

7.7.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме, содержащее все необходимые сведения и реквизиты;

7.7.2. для физических лиц и индивидуальных предпринимателей - документ, удостоверяющий личность Страхователя (или его представителя);

7.7.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей и для юридических лиц);

7.7.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подп. 7.1.10. настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством обстоятельств.

7.8. Обязательства Сторон, возникшие и не исполненные/не прекратившиеся до расторжения (прекращения) Договора страхования, продолжают действовать до их исполнения или прекращения по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.9. Страховщик производит возврат поступивших излишне (ошибочно) денежных средств лицу, совершившему платеж, на основании его письменного заявления, содержащего всю необходимую и достаточную информацию. При этом Страховщик вправе потребовать представления платежных документов по оплате подлежащей возврату суммы и не осуществлять возврат денежных средств без удовлетворения такого требования. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня поступления в адрес Страховщика всех необходимых документов (сведений), если иной срок не предусмотрен Договором 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, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования.

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

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

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

8.2.2. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховым рискам **«Смерть» «Смерть от несчастного случая», «Диагностирование особо опасного заболевания»**

устанавливается равным 100% (ста процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица.

Страховая выплата осуществляется единовременно.

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

Страховая выплата осуществляется единовременно.

8.2.4. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается равным 0,67 % (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) за каждый день нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), начиная с 1-го дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья) или другого указанного в договоре страхования дня нетрудоспособности (временного расстройства здоровья), но не более за 75 (семьдесят пять) дней за весь срок страхования (лимит ответственности), если иной лимит ответственности не предусмотрен Договором страхования.

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

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

8.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты, как ему стало известно о наступлении этого события.

8.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщику должны быть представлены:

8.4.1. заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, подписанное Выгодоприобретателем (его представителем); в случае нескольких Выгодоприобретателей – заявление должно быть предоставлено от каждого из Выгодоприобретателей;

8.4.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя);

8.4.3. документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследников) и/или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

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

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

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

8.4.5.2. официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный

эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);

8.4.5.3. медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной события явился несчастный случай) или диагностирования Заболевания (если причиной события явилось Заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

8.4.5.4. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного (или надлежащим образом заверенная копия) или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению Договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях. 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;

8.4.5.5. документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по кредитному(ым) договору(ам); договору(ам), на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы).

8.4.5.6. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

8.4.6. по страховому риску **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»** дополнительно к указанному в подп. 8.4.1. – 8.4.4. настоящих Правил представляются (с учетом того, что применимо):

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

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

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

8.4.6.4. если событие произошло в результате болезни:

- медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного (или надлежащим образом заверенная копия), или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению Договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица Заболеваниях;

8.4.6.5. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

8.4.6.6. документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по кредитному(ым) договору(ам); договору(ам), на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы).

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

8.4.7.1. копия закрытого или открытого листка нетрудоспособности, заверенная отделом по работе с персоналом работодателя застрахованного лица (или иным уполномоченным лицом работодателя) 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, подтверждающий Временную нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), 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. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

8.4.7.3. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного (или надлежащим образом заверенная копия) или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению Договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;

8.4.7.4. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;

8.4.7.5. если событие произошло в результате несчастного случая:

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

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

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, позволяющей 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.

8.4.8.3. документ, подтверждающий размер задолженности Застрахованного лица по кредитному(ым) договору(ам); договору(ам), на основании которого выдана кредитная(ые) карта(ы).

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

8.4.9.1. копия закрытого(ых) или открытого листка(ков) нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, заверенная(ые) отделом по работе с персоналом работодателя Застрахованного лица (или иным уполномоченным лицом работодателя Застрахованного лица). Данный документ может представляться за весь период Временной нетрудоспособности по причине ухода за больным членом семьи или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц.

8.5. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, 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 в п. 8.4. настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию) из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.4 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

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

8.8. Страховщик принимает решение о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.

Решение о страховой выплате по страховому случаю, наступившему по страховому риску «Временная нетрудоспособность», Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.7.1 Правил, один раз за весь период Временной 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).

Решение о страховой выплате по страховому случаю, наступившему по страховому риску «Временная нетрудоспособность по уходу за больным членом семьи», Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.9.1 Правил, один раз за весь период Временной нетрудоспособности по причине ухода за больным членом семьи) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подп. 8.4.9.1 Правил, несколько раз).

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.

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 Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю **письменное** уведомление с обоснованием отказа.

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

- 8.9.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила в результате самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух полных лет;
- 8.9.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 8.9.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 8.9.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

8.10. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

- 8.10.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования, в т.ч. в отношении соответствующего Застрахованного лица, (например, отнесено к исключениям из страхования (раздел 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);
- 8.10.2. событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования;
- 8.10.3. 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;
- 8.10.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования;
- 8.10.5. за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение;
- 8.10.6. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий);
- 8.10.7. 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;
- 9.1.2. 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;
- 9.1.3. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами страхования;
- 9.1.4. 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. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем), любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

- 9.2.2. проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
- 9.2.3. 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;
- 9.2.4. запросить недостающие документы / сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 8.7. настоящих Правил страхования;
- 9.2.5. отказать в страховой выплате при наличии оснований, установленных настоящими Правилами, уведомив об этом Выгодоприобретателя в срок, установленный в разделе 8 настоящих Правил;
- 9.2.6. осуществлять иные действия для исполнения Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

- 9.3.1. уплатить страховую премию в размере, порядке и в сроки, определенные Договором страхования;
- 9.3.2. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику полные и достоверные сведения, 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 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. заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица);
- 9.4.4. отказаться от Договора страхования, письменно уведомив об этом Страховщика в соответствии с условиями Правил страхования;
- 9.4.5. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.
- 9.4.6. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;
- 9.4.7. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.

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.

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 между юридическими лицами решаются в арбитражном суде по месту нахождения Страховщика (если иное не предусмотрено соглашением сторон).