

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом ООО «МАКС-Жизнь»
от «10» сентября 2025 г.
№ 37–ОД (ЖЗН)

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ
№ 08.10

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и на основании настоящих Правил Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «МАКС страхование жизни» (ООО «МАКС-Жизнь»), именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры страхования жизни (далее по тексту - договор страхования) со Страхователями, которыми могут выступать:

1.1.1. Дееспособные физические лица, заключающие договоры страхования в отношении себя или третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица);

1.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в отношении третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица).

1.1.3. Российская Федерация, субъекты Российской Федерации, муниципальные образования в лице уполномоченных органов государственной власти и местного самоуправления, заключающие договоры страхования в отношении третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица).

1.2. В случае если Страхователь заключает договор страхования в отношении себя, он одновременно является Застрахованным лицом по договору.

1.3. Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, названное в договоре страхования и назначенное Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховой выплаты.

Страхователь с письменного согласия Застрахованного лица вправе заменять Выгодоприобретателя (Выгодоприобретателей), названных в договоре страхования, письменно уведомив об этом Страховщика.

В случае смерти лица, застрахованного по договору страхования, в котором не назван Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются законные наследники Застрахованного лица.

1.4. Специальные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

несчастный случай – фактически произошедшее извне, возникшее внезапно, непредвиденно, помимо воли Застрахованного лица событие, произошедшее в период действия договора страхования: взрыв, утопление, действие электрического тока, удар молнии, нападение злоумышленников или животных, падение какого-либо предмета на Застрахованного лица, падение самого Застрахованного лица, удушение, отравление вредными веществами, наезд средств транспорта или их авария, в том числе в результате дорожно-транспортного происшествия, воздействие иных внешних факторов (механических, физических и др.). Не относятся к несчастным случаям острые и хронические заболевания, их обострения и осложнения (включая инфаркт, наследственные, психические, онкологические заболевания, инсульт и другие неврологические заболевания);

кораблекрушение – полное или частичное затопление судна, повреждение значимых частей судна или нарушение плавучести, которые произошли в период действия договора страхования в результате воздействия внешних и внутренних факторов или объектов и которое привело к гибели какого-либо лица, находившегося на борту водного судна;

авиакатастрофа – событие, связанное с летной эксплуатацией воздушного судна,

которое привело к гибели Застрахованного лица, находившегося на борту воздушного судна в качестве пассажира, оплатившего проезд, и утрате этого воздушного судна;

крушение поезда – происшествие, произошедшее в период действия договора страхования и возникшее при движении поездов или во время маневровой работы вследствие опасных отказов технических средств железнодорожного транспорта, ошибок членов локомотивных бригад, железнодорожного персонала служб обеспечения и управления движением, недопустимых внешних воздействий, в результате которого разрушена (разбита до состояния исключения из инвентаря) хотя бы одна единица подвижного состава (вагон или локомотив) и которое привело к гибели какого-либо лица из числа пассажиров, железнодорожного персонала или посторонних лиц;

госпитализация - помещение Застрахованного лица для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии;

хирургическая операция – комплекс воздействия на ткани или органы Застрахованного лица, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей, переносимый Застрахованным лицом по жизненным показаниям и осуществляемый квалифицированным хирургом с целью лечения организма в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами и перечнем операций, определенным в Таблице страховых выплат при хирургических вмешательствах (Приложение № 1);

инвалидность – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями или последствиями травм, приводящее к ограничению жизнедеятельности Застрахованного лица и вызывающее необходимость его социальной защиты.

полисная годовщина (страховая годовщина) – календарная дата, месяц и день которой совпадают с датой начала страхования, предусмотренной договором страхования, по прошествии каждых двенадцати месяцев (365 дней) от даты начала действия договора страхования. При этом, когда дата начала страхования по договору страхования приходится на 29 февраля (366 дней в году), то в невисокосные годы (365 дней в году) страховой годовщиной считается 28 февраля.

личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.

система межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) – информационная система, позволяющая органам и организациям осуществлять информационный обмен на основе унифицированных правил взаимодействия между информационными системами органов и организаций, а также обеспечивать единый технологический способ взаимодействия информационных систем органов и организаций.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. По основным программам и дополнительным программам (за исключением программы «Медицинское страхование») - имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования, со смертью Застрахованного лица, с наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица;

2.1.2. По дополнительной программе «Медицинское страхование» - имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, из числа перечисленных в п.3.3 настоящих Правил,

на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.3. Страховым случаем является:

3.3.1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования (риск «дожитие до окончания срока страхования»).

3.3.2. Смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования от любой причины, кроме указанных в п.3.10 настоящих Правил (для договоров страхования, заключенных на условиях иных чем указаны в п.3.20 настоящих Правил) или в п.3.12 настоящих Правил (для договоров страхования, заключенных на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил) (риск «смерть от любой причины»).

3.3.3. Установление Застрахованному лицу I группы инвалидности от любой причины, кроме указанных в п.п.3.10, 3.11, 3.17 настоящих Правил (риск «инвалидность I группы от любой причины»).

3.3.4. Установление Застрахованному лицу I группы инвалидности от любой причины, кроме указанных в п.п.3.10, 3.11, 3.17 настоящих Правил, или II группы инвалидности в результате несчастного случая (риск «инвалидность I группы от любой причины, II группы в результате несчастного случая» / риск «инвалидность I группы от любой причины, II группы в результате НС»).

3.3.5. Установление Застрахованному лицу I или II группы инвалидности от любой причины, кроме указанных в п.п.3.10, 3.11, 3.17 настоящих Правил (риск «инвалидность I, II группы от любой причины»).

3.3.5.1. Установление Застрахованному лицу III группы инвалидности от любой причины, кроме указанных в п.п.3.10, 3.11, 3.17 настоящих Правил (риск «инвалидность III группы от любой причины»).

3.3.6. Установление Застрахованному лицу категории «ребенок-инвалид» от любой причины, кроме указанных в п.п.3.10, 3.11, 3.17 настоящих Правил (риск «установление категории «ребенок-инвалид» от любой причины»).

3.3.7. Смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «смерть в результате НС» / «смерть в результате несчастного случая»).

3.3.8. Смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования в результате кораблекрушения/авиакатастрофы/крушения поезда, произошедшего в период действия договора страхования (риск «смерть в результате кораблекрушения/авиакатастрофы/крушения поезда»).

3.3.9. Смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования в результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего в период действия договора страхования (риск «смерть в результате ДТП»).

3.3.10. Травма (увечье), полученная Застрахованным лицом в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования и приведшего к повреждениям, указанным в предусмотренной договором страхования Таблице страховых выплат (риск «травма в результате НС» / «травма в результате несчастного случая»).

3.3.11. Установление Застрахованному лицу инвалидности I или II группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «инвалидность I, II группы в результате НС» / «инвалидность I, II группы в результате несчастного случая»).

3.3.12. Установление Застрахованному лицу I группы инвалидности в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «инвалидность I группы в результате НС» / «инвалидность I группы в результате несчастного случая»).

3.3.13. Установление Застрахованному лицу категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «установление категории «ребенок-инвалид» в результате НС» / риск «установление категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая»).

3.3.14. Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая,

произошедшего в период действия договора страхования (риск «госпитализация в результате НС» / «госпитализация в результате несчастного случая»).

3.3.15. Хирургическая операция, предусмотренная Таблицей страховых выплат при хирургических вмешательствах (Приложение № 1), в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «операция в результате НС» / «операция в результате несчастного случая»).

3.3.16. Критическое заболевание, указанное в предусмотренном договором страхования Перечне критических заболеваний (риск «критическое заболевание»).

Под критическим заболеванием понимается необратимое заболевание, состояние или хирургическое вмешательство из числа указанных в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования, если:

- заболевание, состояние впервые диагностировано, выявлено или хирургическое вмешательство произведено Застрахованному лицу в период действия договора страхования, но не ранее 3 (трех) месяцев со дня начала действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрен иной период ожидания;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство характеризуется наличием диагностических и иных признаков, соответствующих указанному в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство не относится к исключениям из страхового покрытия, указанным в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство не является следствием имевшихся на дату начала действия договора страхования предшествовавших заболеваний, состояний, симптомов, указанных в Перечне предшествующих заболеваний (Приложение №2), если договором страхования не предусмотрено иное.

3.3.17. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию, предусмотренную договором страхования или согласованную со Страховщиком, при критических заболеваниях (состояниях), требующих оказания Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, определенных медицинской программой (риск «лечение критического заболевания»).

Под критическим заболеванием (состоянием) понимается необратимое заболевание или заболевание (состояние), требующее хирургического вмешательства, из числа указанных в медицинской программе, предусмотренной договором страхования, если:

- заболевание (состояние) впервые диагностировано, выявлено у Застрахованного лица в период действия договора страхования, но не ранее периода ожидания, предусмотренного договором страхования;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство характеризуется наличием диагностических и иных признаков, соответствующих указанному в медицинской программе, предусмотренной договором страхования;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство не относится к исключениям из страхового покрытия, предусмотренное медицинской программой, предусмотренной договором страхования.

3.3.18. Дожитие Застрахованного до даты, определенной договором страхования (риск «дожитие до определенной договором даты»).

3.3.19. Установление Застрахованному лицу инвалидности I или II группы в результате заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования (риск «инвалидность I, II группы в результате заболевания»).

3.3.20. Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (здоровья) в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск

«временная утрата трудоспособности (здоровья) в результате НС» / «временная утрата трудоспособности (здоровья) в результате несчастного случая»).

3.3.21. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую или иную организацию, предусмотренную договором страхования, при заболевании, несчастном случае, расстройстве здоровья или состоянии, требующих оказания Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг), определенных медицинской программой (риск «лечение онлайн»).

Конкретный перечень услуг, входящих в медицинскую программу, определяется договором страхования из числа следующих услуг:

- а) дистанционные консультации дежурного терапевта;
- б) очные приемы терапевта (по назначению дежурного терапевта);
- в) дистанционные консультации узкопрофильных врачей (по назначению дежурного терапевта);
- г) очные приемы узкопрофильных врачей (по назначению дежурного терапевта);
- д) общие и лечебные манипуляции и процедуры при приеме врачей;
- е) лабораторная исследования (по назначению врача);
- ж) инструментальные исследования (по назначению врача).

3.4. Договор страхования по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, может быть заключен на случай критических заболеваний, указанных в одном из Перечней критических заболеваний №№ 1-4 (приложение № 3). Договор страхования может быть заключен на случай критических заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний №5 (приложение № 3) как самостоятельно, так и в дополнение к одному из Перечней критических заболеваний №№ 1-4.

Перечень критических заболеваний, в связи с которыми может наступить страховой случай, условиями договора страхования может быть сокращен.

3.5. При страховании по риску, указанному в п.3.3.17 настоящих Правил, перечень медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком, а также порядок оказания таких услуг, определяется в медицинской программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Страховщик определяет в медицинской программе также конкретный перечень критических заболеваний (состояний) Застрахованных лиц из числа указанных в Перечне критических заболеваний №6 (приложение №3), обращение по поводу которых является страховым случаем по договору страхования.

Медицинским программам Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

3.6. При страховании по риску, указанному в п.3.3.21 настоящих Правил, порядок оказания услуг, предусмотренных медицинской программой (включая максимальное количество обращений за услугой), а также способ обращения за получением услуг определяется в медицинской программе и (или) в договоре страхования.

Медицинским программам Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

Медицинская программа является неотъемлемой частью договора страхования.

3.7. При страховании по рискам, указанным в п.п.3.3.17, 3.3.21 настоящих Правил, Страховщик имеет право организовать предоставление и оплату медицинских и иных услуг как в российских, так и в зарубежных медицинских организациях (учреждениях). Организация осуществляется на основе прямых договоров Страховщика с медицинскими и/или иными организациями (учреждениями) и/или при посредничестве сервисных компаний. Во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской и/или иной организации (учреждения), оказавшей медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы по законодательству, действующему на территории, в границах которой организация (учреждение) осуществляет свою деятельность.

3.8. По риску, указанному в п.3.3.10 настоящих Правил, договор страхования может быть заключен с условием выплаты по одному из вариантов Таблицы страховых выплат №№ 1-3 (приложения №№ 4-6).

3.9. События, указанные в п.п.3.3.10, 3.3.15 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если травма (увечье) получена, а хирургическая операция проведена в период действия договора страхования.

События, предусмотренные п.п.3.3.3, 3.3.5, 3.3.5.1 (по программе «Страхование на случай инвалидности»), 3.3.11 (по программе «Страхование от несчастных случаев»), 3.3.5, 3.3.5.1, 3.3.6, 3.3.12, 3.3.13, 3.3.19 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если инвалидность установлена в период действия договора страхования или в течение 180 дней с даты наступления несчастного случая или заболевания, явившегося причиной установления инвалидности, если договором не предусмотрено иное.

События, предусмотренные п.п.3.3.3, 3.3.11, 3.3.5. (при условии страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» или «Защита взносов»), 3.3.4 настоящих Правил признаются страховыми случаями, если инвалидность установлена в период действия договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

3.10. События, указанные в п.3.3.2 настоящих Правил (по договорам страхования, заключенным на условиях иных, чем указаны в п.3.20 настоящих Правил), в п.п.3.3.3-3.3.16, 3.3.19, 3.3.20 настоящих Правил, не являются страховыми случаями, если они произошли:

3.10.1. В ходе и/или в результате совершения или попытки совершения умышленного преступления Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем.

3.10.2. Во время управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление либо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.10.3. В результате самоубийства (покушений на самоубийство), за исключением случаев, когда к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет, или когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3.10.4. В результате войны, интервенции, военных действий, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти.

3.10.5. Во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.11. События, указанные в п.п.3.3.3-3.3.16, 3.3.19, 3.3.20 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если они произошли:

3.11.1. В результате занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональной основе, включая соревнования и тренировки; участия в соревнованиях по любым видам спорта на любительской основе; занятий следующими видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, боевые единоборства, подводное плавание, стрельба, скалолазание, фрирайдинг, фристайл, прыжки с трамплина, дайвинг (при погружении без инструктора либо на глубину ниже 40 метров), другие виды спорта с повышенным риском для жизни и здоровья.

3.11.2. Во время и/или в результате участия Застрахованного лица в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат.

3.11.3. Во время отбывания Застрахованным лицом наказания в исправительном учреждении уголовно-исполнительной системы, а также во время нахождения под стражей, в т.ч. в качестве подозреваемого, обвиняемого, подсудимого.

3.11.4. Во время и/или в результате прохождения Застрахованным лицом действительной службы в любых вооруженных силах или иных военизированных соединениях любого государства, непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего.

3.11.5. В результате применения лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет по отношению к себе самостоятельно или поручает другому лицу, не имеющему соответствующих специальных медицинских знаний, опыта и полномочий.

3.11.6. При нахождении Застрахованного лица в состоянии психического расстройства, невменяемости, эпилептического припадка или иных явлений судорог, охватывающих все тело Застрахованного лица, конвульсивных приступов.

3.11.7. В результате кораблекрушения или крушения поезда, если во время такого происшествия Застрахованное лицо непосредственно управляло транспортным средством, было членом экипажа судна или железнодорожного транспорта или находилось на нем в качестве обслуживающего персонала.

3.12. По договору страхования, заключенному на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил, события, указанные в п.3.3.2 настоящих Правил, не являются страховыми в случае смерти Застрахованного лица, который находится в прямой причинной связи с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного лица.

3.13. События, перечисленные в п.3.3.14 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если:

3.13.1. Госпитализация связана с беременностью или родами, абортами, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования).

3.13.2. Госпитализация связана исключительно с медицинским обследованием или с нахождением Застрахованного лица в медицинском или санаторном учреждении для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения.

3.13.3. Застрахованное лицо помещено в дом-интернат для престарелых или другое подобное учреждение социального обслуживания граждан.

3.13.4. Госпитализация связана с очередным переосвидетельствованием последствий увечий (ранений, травм, контузий) для изменения группы инвалидности.

3.13.5. Госпитализация связана со стерилизацией или искусственным оплодотворением.

3.14. События, перечисленные в п.3.3.15 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если:

3.14.1. Хирургическое вмешательство представляет собой операцию, осуществляемую без соответствующих медицинских показаний и/или хирургом, не обладающим необходимой квалификацией.

3.14.2. Хирургическое вмешательство представляет собой операцию экспериментального характера.

3.14.3. Хирургическое вмешательство связано с прерыванием беременности без медицинских показаний.

3.14.4. Хирургическое вмешательство связано с беременностью или родами, абортами, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования).

3.14.5. Хирургическое вмешательство связано с неинвазивными, нетрадиционными или народными методами лечения (методы лазерной коррекции зрения, хилерство и др.).

3.15. События, перечисленные в п.3.3.16 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если:

3.15.1. Критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится врачом, не имеющим необходимой квалификации либо с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов.

3.15.2. Развитие и диагностика у Застрахованного лица заболевания (в т.ч. при котором возникает необходимость хирургического вмешательства) явилось следствием имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования предшествовавших заболеваний, состояний, симптомов, указанных в Перечне предшествующих заболеваний, если договором страхования не предусмотрено иное.

3.16. По риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил) не являются страховыми случаями и не подлежат организации и оплате следующие услуги:

3.16.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний и состояний, не предусмотренных медицинской программой.

3.16.2. Медицинские и иные услуги, не предусмотренные медицинской программой.

3.16.3. Услуги, оказанные вне срока действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных медицинской программой.

3.16.4. Услуги, необходимость оказаний которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

3.16.5. Психириургия.

3.16.6. Лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки.

3.16.7. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

3.16.8. Медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции или удаления молочной железы, проведенной в рамках медицинской программы страхования и в соответствии с ее условиями.

3.16.9. Услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

3.16.10. Услуги в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

3.16.11. Услуги при заболеваниях и состояниях Застрахованного лица, которые возникли до окончания периода ожидания или после расторжения договора страхования.

3.16.12. Услуги лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных медицинской программой.

3.16.13. Медицинские и иные услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания.

3.16.14. Услуги в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне.

3.16.15. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей.

3.16.16. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями.

3.16.17. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.16.18. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта.

3.16.19. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в т.ч. связанной с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

3.16.20. Услуги, связанные с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

3.16.21. Услуги в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь, в связи со службой в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.

3.16.22. Услуги в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному лицу до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное медицинской программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования.

3.16.23. Услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных медицинской программой или выбор которых не был согласован со Страховщиком.

3.16.24. Услуги в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованным лицом следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт.

3.17. События, перечисленные в п.п.3.3.3-3.3.6, 3.3.19 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если инвалидность установлена в результате заболевания, диагностированного до начала действия договора страхования.

3.18. По риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) не являются страховыми случаями и не подлежат организации и оплате следующие услуги:

3.18.1. Медицинские и иные услуги, не предусмотренные медицинской программой.

3.18.2. Услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных медицинской программой.

3.18.3. Услуги лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных медицинской программой.

3.18.4. Медицинские и иные услуги, не назначенные Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания.

3.18.5. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.18.6. Услуги в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний.

3.19. События, указанные в п.п.3.10.2, 3.10.4, 3.11 настоящих Правил, могут быть включены в объем ответственности Страховщика при условии уплаты дополнительного страхового взноса.

3.20. В целях настоящих Правил под договором страхования, заключенным на условиях минимальных (стандартных) требований, понимается договор, заключенный на следующих условиях:

3.20.1. Договором страхования предусмотрено участие Страхователя (Застрахованного) в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика.

3.20.2. Договор страхования предусматривает страхование по рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. При этом договор может содержать также и другие риски.

3.20.3. Размер страховой премии по страховым рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил, составляет менее 1 500 000 рублей (при единовременной оплате страховой премии) либо размер первых трех страховых взносов по страховым рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил, составляет менее 1 500 000 рублей (при оплате страховой премии в рассрочку).

3.21. Если договор страхования не соответствует хотя бы одному из условий, предусмотренных п.п.3.20.1-3.20.3 настоящих Правил, то такой договор в целях настоящих Правил считается заключенным на условиях иных, чем указаны в п.3.20 настоящих Правил.

3.22. При заключении договора страхования на случай наступления событий, указанных в п.3.3.2 настоящих Правил (за исключением договоров страхования, заключенных на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил), п.п.3.3.3-3.3.6 настоящих Правил, договором страхования может быть предусмотрено, что если страховой случай произошел в течение первой половины первого года страхования, событие признается страховым случаем только, если смерть или установление инвалидности произошли в результате несчастного случая.

3.23. При заключении договора страхования на случай наступления событий, указанных в п.3.3.2 настоящих Правил (за исключением договоров страхования, заключенных на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил), п.п.3.3.3-3.3.17, 3.3.19 настоящих Правил, договором страхования может быть предусмотрено установление периода ожидания - периода с даты начала действия договора страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственность по произошедшим в этот период несчастным случаям и заболеваниям, приведшим к наступлению страхового случая или предусмотренным в качестве страхового случая.

Если продолжительность периода ожидания по риску «критическое заболевание» не указана в договоре страхования, период ожидания по указанному риску составляет 3 (три) месяца со дня вступления договора страхования в силу.

4. ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования может быть заключен на случай наступления событий или комбинации событий, указанных в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил, по следующим основным программам страхования:

4.1.1. Смешанное страхование жизни.

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы.

4.1.2. Пожизненное страхование.

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы. Срок действия договора страхования заканчивается при достижении Застрахованным лицом столетнего возраста.

4.1.3. Страхование выплаты к сроку.

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. Страховая выплата производится по окончании срока страхования в размере страховой суммы.

4.1.4. Страхование на случай смерти на срок.

По данной программе страховым случаем является событие, указанное в п.п.3.3.2 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы.

4.1.5. Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов в случае смерти.

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. При наступлении страхового случая, указанного в п.3.3.1 настоящих Правил, страховая выплата производится в размере страховой суммы. При наступлении страхового случая, указанного в п.3.3.2 настоящих Правил, осуществляется возврат уплаченных страховых взносов по рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил.

4.1.6. Страхование на дожитие до окончания срока страхования.

По данной программе страховым случаем является событие, указанное в п.п.3.3.1 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы.

4.1.7. Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов по договору.

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил. При наступлении страхового случая, указанного в п.3.3.1 настоящих

Правил, страховая выплата производится в размере страховой суммы. При наступлении страхового случая, указанного в п.3.3.2 настоящих Правил, осуществляется возврат уплаченных страховых взносов по договору.

4.2. Договор страхования может быть заключен на случай наступления событий или комбинации событий, указанных в п.п.3.3.3-3.3.21 настоящих Правил (далее - дополнительные риски), по следующим дополнительным программам страхования:

4.2.1. «Освобождение от уплаты взносов».

По данной программе страховым случаем может являться событие из числа указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил, и (или) событие, указанное в п.3.3.16 настоящих Правил. Страхование по данной программе производится при условии, что Страхователь и Застрахованное лицо по договору страхования являются одним и тем же лицом.

При наступлении страхового случая Страхователь освобождается от дальнейшей уплаты взносов по основной программе страхования в порядке, предусмотренном п.п.5.11.2, 9.1.36 настоящих Правил.

4.2.2. «Защита взносов».

По данной программе страховыми случаями могут являться события, указанные в п.п.3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил. При этом одновременное страхование рисков, указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил, по данной программе не производится.

Застрахованным лицом по данной программе является Страхователь, не являющийся Застрахованным лицом по основной программе.

При наступлении страхового случая по данной программе производится освобождение от дальнейшей уплаты взносов по основной программе страхования в порядке, предусмотренном п.п.5.11.3, 9.1.36, 9.1.37 настоящих Правил.

4.2.3. «Страхование от несчастных случаев».

По данной программе страховыми случаями являются события, указанные в п.п.3.3.7-3.3.15, 3.3.20 настоящих Правил, отдельно или в различной их комбинации. При этом одновременное страхование рисков, указанных п.п.3.3.11, 3.3.12 настоящих Правил, по данной программе не производится.

4.2.4. «Страхование на случай критических заболеваний».

По данной программе страховым случаем является событие, указанное в п.3.3.16 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы.

4.2.5. «Страхование на случай инвалидности».

По данной программе страховыми случаями могут являться события, указанные в п.п.3.3.3, 3.3.5, 3.3.5.1, 3.3.6, 3.3.19 настоящих Правил, отдельно или в различной их комбинации. Страховая выплата производится в размере страховой суммы, если иное не предусмотрено договором.

4.2.6. «Медицинское страхование».

По данной программе страховым случаем является событие из числа указанных в п.п.3.3.17, 3.3.21 настоящих Правил.

4.2.7. «Страхование на дожитие до определенной договором даты».

По данной программе страховым случаем является событие, указанное в п.3.3.18 настоящих Правил. Страховая выплата производится в размере страховой суммы.

4.3. Договор страхования может быть заключен по одной или нескольким дополнительным программам страхования, указанным в п.4.2 настоящих Правил, только в дополнение к основной(-ым) программе(-ам) страхования, указанной(-ым) в п.4.1 настоящих Правил, за исключением случая, указанного в п.4.4 настоящих Правил.

4.4. При заключении договора страхования в отношении двух и более Застрахованных лиц, страхование в отношении как минимум одного из них производится хотя бы по одной основной программе. Страхование по основной программе в отношении остальных Застрахованных лиц не требуется.

4.5. Если договор страхования заключен по рискам из числа указанным в п.п.3.3.7-3.3.15, 3.3.20 настоящих Правил, и при этом не указана дополнительная программа, считается, что договор заключен по программе, указанной в п.4.2.3 настоящих Правил.

4.6. Если договор страхования заключен по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, и при этом не указана дополнительная программа, считается, что договор заключен по программе, указанной в п.4.2.4 настоящих Правил.

4.7. Если договор страхования заключен по рискам из числа указанным в п.п.3.3.3, 3.3.6, 3.3.19 настоящих Правил, и при этом не указана дополнительная программа, считается, что договор заключен по программе, указанной в п.4.2.5 настоящих Правил.

4.8. Если договор страхования заключен по рискам из числа указанным в п.п.3.3.17, 3.3.21 настоящих Правил, и при этом не указана дополнительная программа, считается, что договор заключен по программе, указанной в п.4.2.6 настоящих Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, ЛИМИТ ВЫПЛАТЫ, ФРАНШИЗА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем с учетом требований к условиям осуществления страхования жизни, установленным нормативными актами Банка России.

5.3. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому страховому риску, включенному в договор страхования (если договором страхования не предусмотрено иное).

5.4. Страховая сумма по риску «лечение в результате критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) устанавливается по соглашению Страхователя и Страховщика, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, входящих в медицинскую программу.

5.5. Если это прямо предусмотрено договором страхования, страховая сумма по риску «смерть в результате НС» (п.3.3.7 настоящих Правил) может изменяться в течение срока действия договора страхования в порядке, предусмотренном договором страхования.

5.6. Размер страховой суммы по программе «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил), по программе «Защита взносов» (п.4.2.2 настоящих Правил), устанавливается в пределах годового страхового взноса по договору страхования.

5.7. По риску, указанному в п.3.3.14, 3.3.20 настоящих Правил, договором страхования могут быть предусмотрены следующие лимиты выплат:

а) максимальное количество дней, за которое производится страховая выплата по одному страховому случаю по риску, или максимальный размер страховой выплаты по одному страховому случаю по риску;

б) максимальное количество дней, за которое производится страховая выплата по всем страховым случаям в период действия договора страхования по риску, или максимальный размер страховой выплаты по всем страховым случаям в период действия договора страхования по риску.

Если в договоре страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.14, 3.3.20 настоящих Правил, предусмотрен лимит выплаты, но не указан вариант лимита выплаты (по одному страховому случаю или по всем страховым случаям), считается, что установлен вариант лимита выплаты, указанный в подпункте «а» п. 5.7 настоящих Правил (по одному страховому случаю).

5.8. Договором страхования по риску «лечение в результате критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) в пределах страховой суммы могут устанавливаться лимиты выплат (максимальные суммы страховых выплат) на отдельные виды медицинских или иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям), иные лимиты выплат.

5.9. По согласованию сторон по рискам, указанным в п.п.3.3.14, 3.3.20 настоящих Правил, может быть предусмотрена безусловная или условная франшиза.

5.9.1. Безусловная франшиза устанавливается:

а) в днях госпитализации (по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил) или в днях нетрудоспособности, непрерывного лечения (по риску, указанному в п.3.3.20 настоящих Правил), начиная с первого дня, за которые выплата не производится;

б) в определенном проценте от страховой суммы или в абсолютной величине. При этом размер страховой выплаты уменьшается на сумму франшизы.

5.9.2. Условная франшиза устанавливается:

а) в днях госпитализации (по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил) или в днях нетрудоспособности, непрерывного лечения (по риску, указанному в п.3.3.20 настоящих Правил). При этом, если количество дней госпитализации (нетрудоспособности, непрерывного лечения) превышает франшизу, выплата производится за все дни госпитализации (нетрудоспособности, непрерывного лечения), начиная с первого дня. Если количество дней госпитализации (нетрудоспособности, непрерывного лечения) равно или меньше франшизы, выплата не производится.

б) в определенном проценте от страховой суммы или в абсолютной величине. При этом, если размер выплаты равен или превышает франшизу, выплата производится в полном объеме. Если размер выплаты меньше франшизы, выплата не производится.

5.10. Размер страховой премии по договору страхования устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы, страхового тарифа и количества Застрахованных лиц.

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

Страховые тарифы определяются согласно соответствующим методикам расчета страховых тарифов, утвержденным Страховщиком и направленным в орган страхового надзора в установленном порядке. При назначении конкретных тарифов Страховщик имеет право применять поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

5.11. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, один раз в полгода, ежегодно) до конца срока страхования.

5.11.1. При пожизненном страховании срок уплаты рассроченных взносов может быть меньше срока страхования.

5.11.2. При заключении договора страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил) страховая премия по договору страхования уплачивается в рассрочку до наступления страхового случая, предусмотренного договором страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов», и принятия Страховщиком решения об освобождении Страхователя от уплаты страховых взносов по основной программе. Страхователь освобождается от уплаты страховых взносов по основной программе начиная с очередного взноса, дата уплаты которого непосредственно следует за днем установления ему инвалидности при страховании по одному из рисков, указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил, или диагностирования критического заболевания (проведения хирургической операции) при страховании по риску, указанном в п.3.3.16 настоящих Правил, при условии, что с даты, установленной для уплаты очередного взноса, и до даты получения Страховщиком письменного заявления о страховом случае прошло не более 45 (сорока пяти) дней, если договором страхования не предусмотрено иное условие.

При заключении договора страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил) и наступлении страхового случая по одному из рисков, указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил, Страховщик освобождает Страхователя от уплаты взносов по основной программе на установленный Страховщиком период с пролонгацией при условии подтверждения Страхователем установленной инвалидности.

При заключении договора страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил) и наступлении страхового случая по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, Страховщик освобождает Страхователя от уплаты взносов по основной программе до конца срока действия договора.

5.11.3. При заключении договора страхования по программе «Защита взносов» (п.4.2.2 настоящих Правил) страховая премия по договору страхования уплачивается в рассрочку до наступления со Страхователем страхового случая, предусмотренного договором страхования по программе «Защита взносов», и принятия Страховщиком решения об освобождении от уплаты страховых взносов по основной программе. Освобождение от уплаты страховых взносов по основной программе производится начиная с очередного взноса, дата уплаты которого непосредственно следует за днем установления Страхователем инвалидности или его смерти (в зависимости от условий договора страхования) при условии, что с даты, установленной для уплаты очередного взноса, и до даты получения Страховщиком письменного заявления о страховом случае прошло не более 45 (сорока пяти) дней, если договором страхования не предусмотрено иное условие.

5.11.4. Порядок уплаты страховой премии (единовременно или в рассрочку) определяется в договоре страхования. Если договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре страхования не является обязательным.

5.12. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными деньгами или перечислена Страхователем на расчетный счет Страховщика в учреждения банка не позднее срока, установленного в договоре страхования.

Страховая премия (страховые взносы – при оплате страховой премии в рассрочку) считаются уплаченными:

- при оплате наличными денежными средствами – с момента внесения денежных средств в кассу Страховщика, представителю Страховщика или платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

- при оплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета - с момента внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

- при оплате путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов по договору страхования, заключенному с физическим лицом, - с момента подтверждения исполнения перевода обслуживающей Страхователя кредитной организацией;

- при оплате путем безналичных расчетов по договору страхования, заключенному с юридическим лицом или с индивидуальным предпринимателем, – с момента (даты) поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.13. Если страховая премия (при единовременном платеже) или первый страховой взнос (при оплате в рассрочку) не поступил в срок, предусмотренный договором страхования, то такой договор считается не вступившим в силу. Страховщик не несет ответственности по такому договору.

5.14. В случае невозможности дальнейшей оплаты очередных страховых взносов в порядке и размерах, предусмотренных договором страхования, Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право внести в договор страхования изменения в части размера и порядка уплаты страховой премии с соответствующим изменением размера страховой суммы либо направить Страховщику заявление о переводе договора страхования в оплаченный, в результате чего стороны договора страхования подписывают дополнительное соглашение к договору страхования, в соответствии с которым:

- уплата страховых взносов по договору страхования прекращается;
- договор страхования продолжает действовать в уменьшенной страховой сумме согласно условиями договора страхования;
- действие договора страхования по дополнительным рискам прекращается.

Страховщик вправе отклонить заявление Страхователя о переводе договора страхования в оплаченный.

Договор страхования может содержать условие об автоматическом переводе договора страхования в оплаченный в случае неоплаты страховых взносов в установленные сроки, включая льготный период оплаты. При этом дополнительное соглашение к договору

страхования не оформляется, а Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о переводе договора страхования в оплаченный и о размере уменьшенной страховой суммы.

Перевод договора страхования в оплаченный возможен при условии, что с начала действия договора страхования прошло не менее двух лет.

5.15. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса длительностью 60 (шестьдесят) календарных дней. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты (уплаты не в полном объеме) очередного страхового взноса в течение 60 (шестидесяти) календарных дней считая с даты, установленной договором страхования как последний день оплаты страхового взноса, и не поступления заявления Страхователя о досрочном прекращении договора страхования или переводе договора страхования в оплаченный или отклонении Страховщиком заявления о переводе договора страхования в оплаченный или изменении иных условий договора страхования договор страхования досрочно прекращается со дня, следующего за днем, установленным договором страхования как последний день оплаты страхового взноса.

Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не предоставляется или предоставляется на другой срок.

В случае, если договором страхования предусмотрено, что льготный период не предоставляется, в случае неуплаты (уплаты не в полном объеме) очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок, и не поступления заявления Страхователя о досрочном прекращении договора страхования или переводе договора страхования в оплаченный или изменении иных условий договора страхования договор страхования досрочно прекращается со дня, следующего за днем, установленным договором страхования как последний день оплаты страхового взноса (если иное не предусмотрено договором страхования).

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений путем направления Страхователю письменного уведомления. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ информирования Страхователя.

5.16. Договором страхования могут быть предусмотрены для периода действия страхования, указанного в договоре страхования, следующие условия предоставления льготного периода для уплаты очередного страхового взноса и последствия неуплаты (уплаты не в полном объеме) очередного страхового взноса:

5.16.1. Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса длительностью один год с даты, установленной договором страхования как последний день оплаты страхового взноса.

5.16.2. В случае неуплаты (уплаты не в полном объеме) очередного страхового взноса в срок, установленной договором страхования как последний день оплаты страхового взноса, и не поступления заявления Страхователя о досрочном прекращении договора страхования или переводе договора страхования в оплаченный или отклонении Страховщиком заявления о переводе договора страхования в оплаченный, при наступлении страхового случая в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты, установленной договором страхования как последний день оплаты страхового взноса (далее - первая часть льготного периода), страховая выплата производится за вычетом просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

5.16.3. В случае неуплаты (уплаты не в полном объеме) очередного страхового взноса в течение первой части льготного периода, и не поступления в этот период заявления Страхователя о досрочном прекращении договора страхования или переводе договора страхования в оплаченный или отклонении Страховщиком заявления о переводе договора страхования в оплаченный, к договору страхования на период, начинающийся с даты, следующей за датой окончания первой части льготного периода, и заканчивающийся последним днем годового льготного периода (далее – вторая часть льготного периода) применяются следующие положения:

- размеры страховой суммы по основной программе и выкупных сумм уменьшаются и устанавливаются в соответствии с договором страхования аналогично размерам, установленным при переводе договора в оплаченный;

- действие договора страхования по дополнительным рискам прекращается;

- при наступлении страхового случая в течение второй части льготного периода выплата производится за вычетом просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

5.16.4. Страхователь вправе в течение указанной второй части льготного периода восстановить условия страхования, действующие на дату начала льготного периода, оплатив просроченный(-ые) страховой(-ые) взнос(-ы). В случае, если Страхователь произвел такую оплату, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о восстановлении условий договора страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ информирования Страхователя (путем смс-сообщения, сообщения по электронной почте и (или) размещения информации в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика).

5.16.5. В случае неуплаты просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов) в течение второй части льготного периода договор страхования досрочно прекращается со дня, следующего за днем окончания льготного периода. При этом при выплате выкупной суммы Страховщик вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

5.16.6. Страховщик информирует Страхователя о неуплате очередного взноса, а также о последствиях неуплаты очередного взноса путем направления Страхователю письменного уведомления. Договором страхования может быть предусмотрен иной способ информирования Страхователя (путем смс-сообщения, сообщения по электронной почте и (или) размещения информации в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика).

5.17. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера страховой выплаты вправе зачесть сумму просроченного взноса, если договор страхования не прекращен в соответствии с п.5.15 настоящих Правил.

5.18. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право увеличить размер страховой суммы. При увеличении размера страховой суммы Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос. При необходимости Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного лица) предоставления сведений о Застрахованном лице в соответствии с п.п.7.1, 7.2 настоящих Правил.

5.19. По соглашению сторон страховая сумма и страховая премия (страховые взносы) могут быть установлены в рублевом эквиваленте иностранной валюты (страхование с эквивалентом).

5.19.1. При страховании с эквивалентом к отношениям сторон договора страхования применяются следующие положения:

5.19.2. При страховании с эквивалентом оплата страховой премии (страховых взносов) осуществляется в российских рублях по курсу российского рубля к валюте, указанной в договоре страхования, установленному Центральным банком России на день оплаты страховой премии (взноса), если договором страхования не предусмотрен иной курс или иная дата его определения.

5.19.3. При страховании с эквивалентом страховая выплата осуществляется в российских рублях по курсу российского рубля к валюте, указанной в договоре страхования, установленному ЦБ Российской Федерации на дату выплаты, если договором страхования не предусмотрен иной курс или иная дата его определения.

5.19.4. При страховании с эквивалентом расчет выкупных сумм осуществляется в российских рублях по курсу российского рубля к валюте, указанной в договоре страхования, установленному ЦБ Российской Федерации на дату выплаты, если договором страхования не предусмотрен иной курс или иная дата его определения.

5.19.5. Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с эквивалентом, если это прямо предусмотрено договором страхования.

5.20. Договором страхования может быть предусмотрено участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика в форме дополнительного инвестиционного дохода (дополнительной страховой суммы) при страховании по основной программе, включающей в себя риск «дожитие до окончания срока страхования» (дополнительное условие «Участие в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика»). При страховании по другим программам участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика в форме дополнительного инвестиционного дохода (дополнительной страховой суммы) не предусмотрено.

5.21. Дополнительный инвестиционный доход выплачивается в дополнение к страховой выплате по основным программам, включающим в себя риск «дожитие до окончания срока страхования» (п.3.3.1 настоящих Правил), а также при выплате выкупных сумм по указанным основным программам.

При досрочном прекращении (расторжении) договора страхования дополнительный инвестиционный доход за календарный год, в котором договор страхования расторгнут или наступили основания для расторжения договора страхования по инициативе Страховщика или основания для прекращения договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса, не начисляется.

Дополнительный инвестиционный доход за календарные годы, следующие за календарным годом, когда договор страхования был прекращен, расторгнут или наступили основания для расторжения договора страхования по инициативе Страховщика, не начисляется.

Дополнительный инвестиционный доход за календарный год, когда договор страхования был прекращен за исключением случаев, когда имело место досрочное расторжение договора страхования или наступили основания для расторжения договора страхования по инициативе Страховщика или основания для расторжения договора страхования по причине неуплаты очередных взносов, определяется с учетом продолжительности периода действия договора страхования в данном году.

5.22. Дополнительный инвестиционный доход по договору страхования определяется за прошедший календарный год на основании результатов инвестиционной деятельности Страховщика за данный год в разрезе группы договоров страхования или программы страхования, которой соответствует рассматриваемый договор страхования.

Результаты инвестиционной деятельности Страховщика носят форму объявленной ставки доходности. Объявленная ставка доходности может быть определена Страховщиком как для всех договоров страхования, так и для отдельных программ страхования или отдельных групп договоров страхования. Страховщик самостоятельно определяет размер объявленной ставки доходности.

При расчете размера дополнительного инвестиционного дохода и/или объявленной ставки доходности Страховщик вправе учитывать инвестиционные расходы (операционные издержки), а также свою долю в полученном инвестиционном доходе.

Объявленная ставка доходности соответствует календарному году. Объявленная ставка доходности за конкретный календарный год определяется в следующем календарном году.

Если на момент расчета дополнительного инвестиционного дохода объявленная ставка доходности за какой-либо календарный год отсутствует (не объявлена), то в качестве объявленной ставки доходности за данный календарный год используется гарантированная ставка (норма) доходности.

5.23. Дополнительный инвестиционный доход определяется Страховщиком. Размер дополнительного инвестиционного дохода (дополнительной страховой суммы) определяется в соответствии с положением о порядке формирования страховых резервов по страхованию жизни, утвержденным Страховщиком и направленным в орган страхового надзора в установленном порядке.

Величина дополнительного инвестиционного дохода за календарный год определяется с учетом соотношения объявленной ставки доходности и гарантированной ставки (нормы) доходности.

Страхователь может приобрести право на начисление дополнительного инвестиционного дохода (дополнительной страховой суммы) на математический резерв за календарный год в случае превышения соответствующей договору объявленной (нормы) ставки доходности за данный календарный год над гарантированной ставкой.

По всем договорам страхования, предусматривающим выплату дополнительного инвестиционного дохода (дополнительной страховой суммы), заключенным в соответствии с настоящими Правилами, устанавливается гарантированная ставка (норма) доходности в размере 5% в год для договоров страхования, номинированных в рублях РФ. Гарантированная ставка (норма) доходности для договоров страхования, номинированных в иностранной валюте, устанавливается равной ставке (норме) дисконтирования, используемой для расчета страховых резервов согласно регуляторным требованиям. При этом гарантированная ставка (норма) доходности за какой-либо календарный период отвечает норме дисконтирования, применяющейся по состоянию на конец этого периода.

5.24. Дополнительный инвестиционный доход рассчитывается по состоянию на следующую дату:

- для целей определения размера страховой выплаты по страховому риску «смерть по любой причине» – на дату наступления страхового случая;
- для целей определения размера страховой выплаты по страховому риску «дожитие до окончания срока страхования» - на дату окончания срока страхования;
- для целей определения размера выкупной суммы – на рабочий день, предшествующий дате досрочного прекращения договора страхования.

6. ИНДЕКСАЦИЯ СТРАХОВЫХ СУММ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

6.1. Договором страхования может быть предусмотрено дополнительное условие об индексации страховых сумм и страховых взносов (опция «Индексация»).

6.2. Условие об индексации страховых сумм и страховых взносов может быть включено в договор страхования по одному из следующих вариантов:

6.2.1. Включение условия об индексации в договор страхования одновременно при его заключении с последующим направлением Страхователю измененных с учетом индексации условий страхования в порядке, предусмотренном п.6.2.1.1 настоящих Правил.

6.2.1.1. Страховщик направляет Страхователю уведомление с приложением измененных условий страхования с учетом индексации, включая размеры индексированных (увеличенных) страховых взносов, страховых сумм и выкупных сумм, путем размещения данного уведомления с приложением в личном кабинете («Кабинет клиента») на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и (или) по электронной почте, адрес которой указан в договоре страхования, не позднее, чем за 60 (шестьдесят) календарных дней до даты очередной страховой годовщины. Договором страхования или соглашением сторон может быть предусмотрен иной способ направления таких уведомлений. Прилагаемые к уведомлению измененные условия страхования являются неотъемлемой частью договора страхования.

Оплата Страхователем индексированного страхового взноса в размере и сроки, указанные в прилагаемых к уведомлению измененных условия страхования, считается согласием Страхователя с измененными с учетом индексации условиями страхования.

6.2.2. Включение условия об индексации в договор страхования путем заключения соглашения об индексации с приложением измененных в связи с первой индексацией условий страхования. Измененные с связи с дальнейшей индексацией условия страхования оформляется и направляются Страхователю в порядке, предусмотренном п.6.2.1.1 настоящих Правил, и являются неотъемлемой частью соглашения.

Соглашение об индексации страховых сумм и страховых взносов заключается путем его подписания сторонами договора страхования либо путем направления Страховщиком Страхователю предложения (оферты) с условиями об индексации через личный кабинет («Кабинет клиента») на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и (или) по электронной почте, адрес которой указан в

договоре страхования. В последнем случае оплата Страхователем первого индексированного страхового взноса в размере и сроки, предусмотренные в соглашении, считается акцептом Страхователя.

6.3. В рамках настоящих Правил индексация представляет собой повышение размера предстоящих (очередных) страховых взносов, страховых сумм и выкупных сумм по действующим договорам страхования. Страховщик вправе по любой из программ или риску определить лимит, сверх которого индексированная страховая сумма не может быть установлена (далее – лимит индексированной страховой суммы).

6.4. Целью индексации является защита от инфляции страховой и выкупных сумм по программам (рискам), предусмотренным договором страхования (включая программы, указанные в п.п.4.2.1, 4.2.2 настоящих Правил), в пределах лимитов индексированных страховых сумм, установленных по программам (рискам), и при условии оплаты премии по договору страхования в рассрочку. Эта цель достигается ежегодным индексированием страховых сумм, выкупных сумм и страхового взноса.

6.5. Страховщик вправе установить условие об индексации только основной программы или основной программы и отдельных дополнительных программ.

6.6. При индексации Страховщик производит расчет увеличенного (индексированного) страхового взноса по договору страхования (или по программе(-ам)) путем умножения коэффициента индексации на размер действующего страхового взноса по договору страхования (или по программе(-ам) в случае, указанном в п.6.5 настоящих Правил).

6.7. Размер коэффициента(-ов) индексации устанавливается Страховщиком ежегодно и рассчитывается на основании макроэкономических показателей.

6.8. Страховщик может установить коэффициент или коэффициенты индексации одним или несколькими из следующих способов:

6.8.1. Единое значение коэффициента индексации.

6.8.2. Набор коэффициентов индексации с возможностью Страхователя выбрать один из вариантов коэффициента в целях индексации.

6.8.3. Диапазон значений коэффициента индексации с возможностью Страхователя выбрать одно конкретное значение коэффициента индексации в целях индексации в пределах указанного диапазона.

Страховщик оставляет за собой право применить иной способ установления коэффициента индексации.

6.9. Коэффициент (коэффициенты) индексации может (могут) устанавливаться для всего портфеля действующих договоров страхования, отдельных субпортфелей договоров страхования, групп договоров страхования или отдельных договоров страхования. Страховщик самостоятельно определяет договоры (группы договоров), для которых устанавливается (устанавливаются) коэффициент (коэффициенты) индексации и размеры указанных коэффициентов для этих договоров (групп договоров).

Коэффициент (коэффициенты) индексации могут устанавливаться в различном размере для договоров страхования с разным периодом действия страхования, разным истекшим и неистекшим периодом действия страхования, а также с разной историей индексации (выбором вариантов индексации или отказом от индексации) в предшествующих периодах индексации.

6.10. Изменение страховой суммы (индексация страховой суммы) и изменение выкупных сумм (индексация выкупных сумм) определяется для каждого договора индивидуально.

6.11. Индексации подлежат только договоры страхования, страховая сумма и страховая премия (страховые взносы) в которых определены в рублях.

6.12. При проведении первой индексации коэффициент индексации применяется к страховому взносу, указанному в договоре страхования на дату его заключения по договору (или по программе(-ам) в случае, указанном в п.6.5 настоящих Правил). При проведении каждой последующей индексации коэффициент индексации применяется к предыдущему индексированному страховому взносу.

6.13. Если договором или соглашением сторон не предусмотрено иное, первая индексация применяется по прошествии первого года действия договора страхования в

первую страховую годовщину договора (или в ближайшую после даты заключения соглашения страховую годовщину, если к договору оформлено соглашение об индексации).

Последующие индексации проводятся ежегодно, в каждую страховую годовщину договора страхования, за исключением последней страховой годовщины (если договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное). В последнюю страховую годовщину (за один год до окончания действия договора страхования) индексация не проводится.

6.14. Страхователь вправе отказаться от предусмотренной договором страхования (в т.ч. соглашением к договору страхования) индексации, направив Страховщику письменное заявление об отказе от индексации.

6.15. В случае, если Страхователь письменно не уведомил Страховщика об отказе от индексации страховых взносов и страховых сумм согласно п.6.14 настоящих Правил, но при этом уплатил неиндексированный страховой взнос, что и в предыдущем полисном году, это считается отказом от индексации. Страховые суммы, страховые взносы и размер выкупных сумм соответствуют страховой сумме, страховому взносу и размерам выкупных сумм предыдущего страхового года, и не могут быть изменены в сторону уменьшения до размера страховых сумм, страховых взносов и выкупных сумм, действующих на дату заключения договора страхования.

6.16. В случае отказа Страхователя от индексации в две последовательные страховые годовщины, Страховщик имеет право отменить все дальнейшие индексации данного договора страхования.

6.17. Право на индексацию может быть восстановлено по просьбе Страхователя и с согласия Страховщика. Решение о возможности восстановления права на индексацию принимается Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя и проведения дополнительной оценки страхового риска. Для оценки страхового риска Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного лица) предоставления сведений о Застрахованном лице в соответствии с п.п.6.1, 6.2 настоящих Правил.

6.18. Если по договору страхования, по которому Страхователю направлено уведомление с измененными условиями страхования или соглашением об индексации, до даты оплаты очередного страхового взноса, приходящегося на страховую годовщину, или в течение льготного периода для оплаты указанного взноса, наступит страховое событие, то страховая выплата будет произведена исходя из условий договора страхования, действующих на последний оплаченный страховой год.

6.19. Страховщик оставляет за собой право прекратить индексацию всех договоров страхования (программ страхования), принадлежащих к одной категории. В случае принятия Страховщиком решения о прекращении индексации ненаправление Страховщиком Страхователю уведомления, указанного в п.6.2.1.1 настоящих Правил, считается прекращением индексации. При этом никаких уведомлений о прекращении индексации Страховщик Страхователю не направляет.

6.20. Действие условия об индексации будущих страховых взносов прекращается автоматически в следующих случаях:

- перевод договора страхования в полностью оплаченный;
- окончание периода уплаты страховых взносов по основной программе договора страхования;
- наступление страховых случаев по дополнительным программам «Освобождение от уплаты страховых взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил) и «Защита страхового взноса» (п.4.2.2 настоящих Правил);
- в случае отказа от индексации (ее прекращения), предусмотренные п.п. 6.15, 6.19 настоящих Правил.

6.21. По соглашению сторон договором страхования или дополнительным соглашением к нему могут быть предусмотрены условия индексации иные, чем указаны в настоящем разделе.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя.

По просьбе Страхователя и с его слов письменное заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы могут быть заполнены представителем Страховщика. Письменное заявление должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

Заявление на страхование также может быть предоставлено (оформлено) в порядке, предусмотренном п.п. 7.1.1, 7.1.2, 7.6.1 настоящих Правил.

7.1.1. Представитель Страховщика по просьбе заявителя – физического лица и с его слов заполняет заявление на страхование и прилагаемые к нему документы в информационной системе Страховщика. Заполненное заявление и прилагаемые к нему документы Страховщик направляет заявителю (Страхователю) по адресу его электронной почты и (или) в виде ссылки на страницу личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика для подтверждения указанных в нем сведений и подписания. Указанное заявление Страхователь подписывает простой электронной подписью.

Согласие с указанным порядком оформления и подписания заявления на страхование, а также с порядком оформления и подписания договора страхования, заявлений, указанных в п. 8.9 настоящих Правил, подтверждается заявителем (Страхователем) в декларации (согласии), ранее подписанной заявителем (Страхователем) собственноручной подписью. Подписывая указанную декларацию, заявитель (Страхователь) подтверждает, что Страховщик и Страхователь пришли к соглашению о том, что заявление на страхование, другие заявления, указанные в п.п. 8.4.3, 8.4.4 настоящих Правил, а также договор страхования, подписанные простой электронной подписью Страхователя, признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.

7.1.2. Для заключения договора страхования заявитель - физическое лицо заполняет и подписывает собственноручной подписью заявление-декларацию, а также дополнительно в устной форме заявляет Страховщику о требуемых (выбранных) условиях страхования. Подписывая указанное заявление-декларацию, заявитель (Страхователь) подтверждает, что Страховщик и Страхователь пришли к соглашению о том, что договор страхования, а также заявления, указанные в п.п. 8.4.3, 8.4.4 настоящих Правил, подписанные простой электронной подписью Страхователя, признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя.

7.2. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику достоверные данные о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованных лиц и другие данные, необходимые для идентификации Страхователя и Застрахованных лиц, оценки риска, заключения договора страхования и расчета размера страховой премии:

- сведения о Страхователе - физическом лице: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, адрес проживания и регистрации, телефон, факс, адрес электронной почты, пол, семейное положение, ИНН, данные документа, удостоверяющего личность, место работы, должность, род деятельности, сведения о миграционной карте, сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;

- сведения о Страхователе - юридическом лице: наименование, адрес места нахождения, телефон, факс, адрес электронной почты, ИНН, сведения о государственной регистрации, коды форм государственного статистического наблюдения, код иностранной организации, банковские реквизиты; сведения о представителе Страхователя: должность, фамилия, имя, отчество, документ, подтверждающий полномочия представителя;

- общие сведения о Застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, адрес проживания и регистрации, телефон, факс, адрес электронной

почты, пол, семейное положение, ИНН, данные документа, удостоверяющего личность, сведения о миграционной карте, сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации); место работы, профессия, должность, описание профессиональной деятельности; сведения о занятиях спортом, о видах деятельности, поездках с определенным уровнем риска для жизни и здоровья;

- медицинские сведения о Застрахованном лице (рост, вес, артериальное давление; сведения о курении и употреблении спиртных напитков; сведения об имевшихся и имеющихся заболеваниях, травмах, отклонениях от норм; сведения о проведенных и проводимых лечениях, консультациях, обследованиях, операциях, о нахождении на учете в психоневрологическом диспансере; сведения об имевшейся или имеющейся группе (категории) инвалидности, наличие направления либо заявления на МСЭ; сведения о принимавшихся или принимаемых медицинских препаратах, наркотических веществах; сведения о лечебном учреждении, услугами которой пользуется Застрахованное лицо; сведения о беременностях, родах (их осложнениях));

- сведения о близких родственниках Застрахованного лица (возраст, имеющиеся заболевания, состояние здоровья / причина смерти);

- сведения о Выгодоприобретателе: наименование, ИНН, адрес места нахождения, телефон (для юридических лиц); фамилия, имя, отчество, пол, ИНН, адрес проживания и регистрации, телефон, дата и место рождения, гражданство, документ, удостоверяющий личность, сведения о миграционной карте, сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (для физических лиц), адрес электронной почты;

- сведения о действующих и предыдущих договорах страхования от несчастных случаев и болезней, договорах медицинского страхования, страхования жизни и здоровья Застрахованного лица, о намерении заключения договоров страхования в других страховых компаниях, факты отказов в принятии на страхование или принятия на особых условиях;

- цель страхования; информация о доходах Застрахованного лица (за последние 3 года), активах и пассивах; количество и возраст иждивенцев; данные кредитного договора, по которому Застрахованное лицо является заемщиком, созаемщиком или поручителем (кредитор, должник, назначение кредита, размер кредита, срок кредита, процентная ставка по кредиту и др.); информация о компании, в которой работает Застрахованное лицо (наименование, вид деятельности, дата основания, показатели работы, информация о страховании других сотрудников, партнеров, акционеров компании и др.).

В зависимости от условий страхования перечень запрашиваемых Страховщиком сведений может быть сокращен.

Страховщик также вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

7.3. Для заключения договора страхования и оценки степени принимаемого на страхование риска Страховщиком могут быть затребованы следующие документы:

- медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица (результаты медицинских анализов и обследований, заключение врача по результатам медицинского осмотра и обследования Застрахованного лица непосредственно перед заключением договора страхования, заключения профильных специалистов (в зависимости от имеющегося у Застрахованного лица заболевания), документы с подтверждением проведенных Застрахованному лицу операций);

- справка о доходах Застрахованного лица (по форме № 2-НДФЛ);

- финансовая отчетность, аудиторские отчеты компании, в которой работает Застрахованное лицо (за последние 3 года), бизнес-план (если компания новая);

- кредитный договор (по которому Застрахованное лицо является заемщиком, созаемщиком или поручителем), решение кредитной комиссии;

- учредительные документы Страхователя – юридического лица, карточку предприятия;

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя;

- документ, удостоверяющий личность Страхователя, Застрахованного лица, представителя Страхователя, действующего от его имени.

Страховщик вправе потребовать прохождения принимаемым на страхование лицом предварительного медицинского обследования для оценки состояния его здоровья. О необходимости проведения такого обследования Страховщик уведомляет Страхователя.

Страховщик также вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

7.4. После представления Страхователем заявления на страхование и необходимых документов Страховщик производит расчет (примерный расчет) размера страховой премии. При этом Страховщик оставляет за собой право на изменение размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска, о чем уведомляет заявителя.

После оформления договора страхования заявление на страхование и представленные Страхователем документы становятся неотъемлемой его частью.

7.5. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа (договора или полиса), подписанного сторонами, либо вручения Страхователю на основании его заявления подписанного Страховщиком страхового полиса.

Договор страхования (полис), подписанный Страховщиком с использованием факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика, может быть направлен Страхователю на адрес его электронной почты и (или) размещен в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, что является надлежащим вручением договора страхования (полиса) Страхователю.

Договор страхования (полис), размещенный в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, может быть подписан простой электронной подписью Страхователя. Договор страхования (полис), подписанный простой электронной подписью Страхователя, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью Страхователя.

7.6. Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа (электронного страхового полиса) также в следующем порядке:

7.6.1. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика или страхового агента Страховщика заполняет форму, включающую сведения из числа указанных в п.7.1 настоящих Правил.

7.6.2. В случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.11 №63-ФЗ «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с даты уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса – при оплате премии в рассрочку).

7.6.3. Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

7.6.4. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов из числа указанных в п.7.2 настоящих Правил в электронном виде на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условий страхования на сайте Страховщика.

Страховщик вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

7.6.5. При заключении договора страхования в электронной форме факт ознакомления Страхователя с правилами страхования и согласия с их условиями может удостоверяться

также соответствующей отметкой, проставляемой Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика. При этом текст правил страхования является неотъемлемой частью электронного страхового полиса.

7.7. Подписание договора страхования и дополнительных соглашений к нему Страховщиком с использованием факсимильного отображения подписи уполномоченного представителя Страховщика является надлежащим подписанием договора страхования (дополнительного соглашения) со стороны Страховщика.

Подписывая заявление на страхование (декларацию) или договор страхования, заключаемый на основании настоящих Правил, и (или) оплачивая договор страхования Страхователь подтверждает свое согласие на использование Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика в договоре страхования и дополнительных соглашениях к нему.

7.8. При страховании по основной программе «Пожизненное страхование» (п.4.1.2 настоящих Правил) договор страхования заключается на срок до достижения Застрахованным лицом столетнего возраста.

По другим основным программам страхования, а также по дополнительным программам договор страхования заключается на любой срок по соглашению сторон.

7.9. Срок страхования по дополнительным программам (рискам) совпадает со сроком действия основной программы, если в договоре страхования не предусмотрено иное. Дополнительные программы (риски) могут иметь отличный от основной программы срок действия, но не более срока действия основной программы.

7.10. Если условиями договора страхования не предусмотрено иное, договор страхования вступает в силу:

а) при уплате страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса);

б) при уплате страховой премии (первого страхового взноса) путем безналичных расчетов - с 00 часов 00 минут дня зачисления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика.

7.11. По договорам страхования, заключенным на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил, страхование распространяется на предусмотренные указанными требованиями страховые случаи, произошедшие с момента уплаты страховой премии, а если договор страхования предусматривает внесение страховой премии в рассрочку, - с момента уплаты первого страхового взноса, за исключением случая, когда договором страхования предусмотрено, что страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие до уплаты страховой премии либо ее первого взноса соответственно.

По другим программам страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления в силу договора страхования, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7.12. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме;

в) в порядке, предусмотренном п.5.15 настоящих Правил;

г) по требованию Страхователя;

д) по соглашению сторон. О намерении досрочно прекратить действие договора страхования стороны уведомляют друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения, за исключением случаев, предусмотренных п.7.13, 7.14 настоящих Правил;

е) если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

ж) смерти Страхователя – физического лица, не являющегося Застрахованным лицом, или ликвидации, реорганизации Страхователя - юридического лица, не исполнившего в

полном объеме обязательств по уплате страховой премии, если его обязанности не приняло на себя Застрахованное лицо или иное лицо.

В этом случае при прекращении договора страхования Страховщик выплачивает законным наследникам Страхователя – физического лица выкупную сумму в порядке, предусмотренном п.7.17 настоящих Правил.

з) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.13. В случае досрочного отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (если иной срок не предусмотрен действующим законодательством), при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, действуют следующие положения (за исключением отказа от договора страхования, заключенного на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил):

7.13.1. В случае, если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (если иной срок не предусмотрен действующим законодательством), страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

7.13.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с п.7.13 настоящих Правил.

7.13.3. Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии (ее части) наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.14. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования, заключенного на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил, действуют следующие положения:

7.14.1. В случае досрочного отказа Страхователя от договора страхования в течение 30 календарных дней со дня уплаты страхователем страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

7.14.2. В случае досрочного отказа Страхователя от договора страхования до уплаты Страхователем третьего страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик производит возврат Страхователю суммы уплаченных страховых взносов. Данное положение применяется до уплаты Страхователем страховых взносов в совокупном размере 1 500 000 рублей.

7.14.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее сроков, установленных в п.п.7.14.1, 7.14.2 настоящих Правил.

7.14.4. Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии (ее части) наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.15. При отказе Страхователя от договора страхования (за исключением договора страхования с участием в инвестиционном доходе Страховщика), заключенного не ранее 01.04.2023 г., в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о таком договоре страхования при условии отсутствия до момента отказа от договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик на основании заявления Страхователя производит возврат уплаченной Страховщику страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат страховой премии (ее части)

осуществляется в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя.

Под непредоставлением, предоставлением неполной или недостоверной информации в целях настоящих Правил и договоров, заключенных на основании настоящих Правил, понимается непредоставление или предоставление неполной (или недостоверной) информации, указанной в п.п. 1 Указания Банка России от 29.03.2022 г. №6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации», в форме ключевого информационного документа.

7.16. В случае досрочного отказа Страхователя от договора согласно п.п.7.13, 7.14, 7.15 настоящих Правил к заявлению об отказе от договора страхования Страхователь прилагает:

- копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации;
- оригинал нотариально заверенной доверенности, копию документа, удостоверяющего личность (при направлении заявления и (или) получении страховой премии (ее части) законным представителем Страхователя);
- банковские реквизиты (при получении денежных средств в безналичном порядке);
- оригинал договора страхования и (или) документа, подтверждающего оплату договора страхования (по требованию Страховщика).

При предъявлении заявления лично, Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя и (или) его законного представителя.

7.17. При досрочном прекращении (расторжении) договора страхования, кроме случаев, предусмотренных п.п.7.13, 7.14, 7.15 настоящих Правил, Страховщик по основной(-ым) программе(-ам) выплачивает Страхователю выкупную сумму. Размер выкупной суммы для каждого периода действия договора страхования определяется согласно договору страхования.

По дополнительным программам выкупная сумма не выплачивается.

7.18. Выплата выкупной суммы производится Страховщиком в течение 30 календарных дней (если договором не предусмотрен иной срок) со дня получения от Страхователя заявления о досрочном расторжении договора страхования и/или выплате выкупной суммы и предъявлении договора страхования (страхового полиса), либо со дня подписания соглашения о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования.

7.19. К заявлению о досрочном расторжении договора страхования и/или выплате выкупной суммы, предоставленному согласно п.7.17 настоящих Правил, Страхователь прилагает:

- копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации;
- оригинал нотариально заверенной доверенности, копию документа, удостоверяющего личность (при направлении заявления и (или) получении выкупной суммы законным представителем Страхователя);
- банковские реквизиты (при получении денежных средств в безналичном порядке);
- оригинал договора страхования и (или) документа, подтверждающего оплату договора страхования (по требованию Страховщика).

При предъявлении заявления лично, Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя и (или) его законного представителя.

Страховщик также вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

7.20. Если договором страхования не предусмотрено иное, выкупная сумма выплачивается также в случае смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем наступление страхового случая.

7.21. В случае, если Страхователь отказался от договора страхования по истечении срока, установленного п.7.13 настоящих Правил, а также сроков, установленных п.7.14 настоящих Правил (для договора страхования, заключенного на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил), договор страхования прекращается с наиболее поздней из следующих дат: указанная Страхователем в заявлении дата прекращения договора страхования, дата получения заявления Страховщиком.

7.22. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

7.23. В случае, если положения договора страхования отличаются от положений настоящих Правил, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7.24. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования к отдельному договору страхования (полису) или отдельной группе договоров страхования (полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированные на конкретного Страхователя (Застрахованного лица) или категорию Страхователей (Застрахованных лиц), - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

7.25. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (полисов), заключенных на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

7.26. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на настоящие Правила, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования, и (или) ссылка на иной документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор страхования содержит ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет» (www.makclife.ru), либо Страхователь информируется о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

По требованию Страхователя Страховщик обязан выдать ему текст настоящих Правил и (или) иного документа, в котором изложены условия страхования, на бумажном носителе, в случае если настоящие Правила и (или) иной документ, в котором изложены условия страхования, был предоставлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе.

7.27. В случае утраты договора страхования (полиса) Страховщик на основании личного заявления Страхователя (в произвольной форме) выдает дубликат договора страхования (полиса), после чего утраченный договор страхования (полис) считается недействительным и выплаты по нему не производятся. При повторной утрате договора страхования (полиса) в течение действия договора страхования Страховщик взыскивает со Страхователя денежную сумму в размере стоимости изготовления полиса.

7.28. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик (ООО «МАКС-Жизнь», 115184, г.Москва, ул.Малая Ордынка, д.50) может в течение всего срока действия договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения договора (полиса) страхования осуществлять обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, адрес проживания и регистрации, паспортные данные, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения, другие персональные данные, указанные в договоре (полисе) страхования, его приложениях, заявлении на страхование и иных документах, используемых ООО «МАКС-Жизнь» для их обработки), с целью исполнения

Страховщиком условий договора страхования и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч. в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования договора страхования, оценки страхового риска, перестрахования, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Страхователь обязан до заключения договора страхования на основании настоящих Правил получить согласия от физических лиц, указанных в заявлении на страхование и иных документах, на обработку ООО «МАКС-Жизнь» их персональных данных и по запросу предоставить их Страховщику. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц, указанных в заявлении на страхование, договоре страхования и/или иных документах, на обработку их персональных данных, в том числе по возмещению убытков, понесенных Страховщиком в случае предъявления претензий со стороны третьих лиц и/или государственных органов.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств).

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие Страховщику на передачу персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение персональных данных, безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных (включая передачу персональных данных в перестраховочную компанию).

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на информирование его Страховщиком о ходе исполнения договора страхования, о продуктах и услугах Страховщика посредством направления смс-сообщений и/или сообщений по электронной почте.

Субъект персональных данных вправе потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления в адрес Страховщика письменного заявления (в произвольной форме) с указанием реквизитов договора страхования.

7.29. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие Страховщику, а также подтверждает согласие Застрахованного лица на запрос и получение любой дополнительной информации в любых учреждениях (включая медицинские организации) и у врачей, в том числе о состоянии здоровья, диагнозе, фактах обращения за оказанием медицинской помощи, причине смерти, иных сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, составляющих врачебную тайну (в т.ч. после смерти), с целью исполнения ООО «МАКС-Жизнь» своих обязанностей, в том числе в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по договору страхования.

7.30. Время действия страхования - 24 часа в сутки (круглосуточно), если иное не предусмотрено договором страхования.

7.31. Территория страхования – весь мир, если иное не предусмотрено договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена иная территория страхования - территория (страна, область и др.), в пределах которой наступивший страховой случай влечет за собой обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. По требованию Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, разъяснять положения, содержащиеся в договоре страхования и в настоящих Правилах,

8.1.2. Предоставить Страхователю настоящие Правила и (или) дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования, согласно п. 7.21 настоящих Правил.

8.1.3. Информировать Страхователя о необходимости ознакомления с настоящими Правилами и договором страхования.

8.1.4. При заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, своевременно информировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). В случае невозможности информирования до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг.

8.1.5. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) посредством телефонной, почтовой связи, а также иными способами, установленными настоящими Правилами и (или) договором страхования.

8.1.6. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) проинформировать его обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предпринять, обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, о сроках проведения указанных действий и представления документов, а также о предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами формах и способах осуществления страховой выплаты.

Информирование осуществляется посредством телефонной связи, в письменной форме почтовым отправлением либо путем направления ответа по электронной почте.

8.1.7. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке и в сроки, предусмотренные разделом 8 настоящих Правил.

8.1.8. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (медицинской программой), при наступлении страхового случая.

8.1.9. Не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях и их имущественном положении, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. Уплачивать страховую премию (взносы) в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования.

8.2.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию о жизни, деятельности, возрасте и состоянии здоровья Застрахованных, необходимую для определения степени риска, принимаемого Страховщиком на страхование, для заключения договора страхования и расчета размера страховой премии по договору.

8.2.3. Незамедлительно, но в любом случае не позднее 24 часов, в письменном виде сообщать Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными признаются во всяком случае следующие изменения:

- перемена места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованного лица, связанные с повышенным риском для жизни и здоровья Застрахованных лиц;

- изменения в сведениях (обстоятельствах), оговоренных в договоре страхования, заявлении на страхование и/или в анкете в качестве существенных для определения степени страхового риска, и/или изложенных в ответе на письменный запрос Страховщика.

При этом для договора страхования, заключенного на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил, наступление в период действия договора страхования обстоятельств, указанных в абзаце втором п.8.3.4 настоящих Правил, не влечет за собой последствия увеличения страхового риска.

8.2.4. В срок не позднее 15 календарных дней сообщать Страховщику об изменении персональных данных Страхователя – физического лица и Застрахованного лица (фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания), об изменении организационно-правовой формы или адреса Страхователя – юридического лица.

Если изменение места жительства или места пребывания Застрахованного лица связано с повышением риска для его жизни и здоровья, сообщение о таком изменении направляется в сроки, предусмотренные пунктом 8.2.3 настоящих Правил.

8.2.5. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования.

8.2.6. Сообщить Страховщику о наступлении страхового случая, указанного в п.3.3.1 настоящих Правил.

8.2.7. В течение 30 календарных дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении с Застрахованным лицом, не являющимся Страхователем, страхового случая, указанного в п.п.3.3.2, 3.3.3, 3.3.5., 3.3.5.1, 3.3.6-3.3.16, 3.3.19, 3.3.20 настоящих Правил.

Такая же обязанность лежит на Выгодоприобретателе, если он намерен воспользоваться правом на получение страховой выплаты.

8.2.8. При наступлении со Страхователем страхового случая, указанного в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11, 3.3.16 настоящих Правил, и при условии страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» или «Защита взносов» сообщить Страховщику в течение 30 календарных дней с момента установления инвалидности или диагностирования критического заболевания (проведения хирургической операции), но не позднее даты первого неоплаченного взноса (если таковой имеется), а также предоставить для освобождения от дальнейшей уплаты взносов необходимые документы.

8.2.9. Выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования, Правилами и законодательством Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем информацию (в том числе с помощью Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) и иных информационных систем), а также выполнение ими условий договора страхования.

8.3.2. Получить дополнительную информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица в соответствии с п.7.2 настоящих Правил.

8.3.3. В случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил искаженные сведения, касающиеся возраста Застрахованного лица на момент заключения договора страхования, при наступлении страхового случая произвести страховую выплату с учетом перерасчета страховой суммы по соответствующему риску, в размере, рассчитанном исходя из фактически уплаченной страховой премии и действительного возраста Застрахованного лица. Данное положение применяется к договорам страхования, заключенным на условиях иных чем указаны в п.3.20 настоящих Правил.

8.3.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

Для договора страхования, заключенного на условиях минимальных (стандартных) требований согласно п.3.20 настоящих Правил, обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового риска, ограничены социально значимыми заболеваниями, перечень которых утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 49, ст. 4916; 2020, N 6, ст. 674), а также циррозом печени, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отказать в страховой выплате или в освобождении от уплаты взносов, отсрочить решение о страховой выплате или об освобождении от уплаты взносов в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

8.3.5. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) в связи с изменением стоимости медицинских или иных услуг, предусмотренных медицинской программой, изменить размер страховой суммы и произвести перерасчет размера страховой премии по договору страхования. О необходимости указанных изменений Страховщик письменно уведомляет Страхователя.

8.3.6. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.7.22 настоящих Правил.

8.4.2. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

8.4.3. Досрочно расторгнуть договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

8.4.4. Обратиться к Страховщику с письменным заявлением об изменении условий договора страхования (изменение страховой суммы, периодичности уплаты взносов, срока страхования, перевод договора в оплаченный, расширение страхового покрытия и другие изменения, не противоречащие действующему законодательству).

8.4.5. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8.4.6. Пользоваться иными правами, предусмотренными договором страхования, Правилами и законодательством Российской Федерации.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. Получить страховую выплату при наступлении страхового случая в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и договором страхования.

8.5.2. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) получить медицинскую помощь и иные услуги в объеме и порядке, предусмотренном договором страхования (медицинской программой).

8.5.3. Принять на себя обязанности Страхователя по уплате страховой премии в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица.

8.6. Застрахованное лицо обязано при страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил), по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил) соблюдать предписания лечащего врача при получении медицинских и иных услуг и распорядок, установленный медицинской организацией, а также заботиться о сохранности договора страхования (полиса) и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

8.7. Если настоящими Правилами и (или) договором страхования не предусмотрено иное, направление уведомлений, заявлений, документов в рамках договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, должно осуществляться в письменной форме за подписью уполномоченного лица Страховщика, Страхователя (Застрахованного лица,

Выгодоприобретателя) лично, курьерской службой доставки либо по почте по адресам, указанным в договоре страхования или иных документах, получаемых (передаваемых) при заключении, исполнении договора страхования.

Страховщик также вправе использовать иные каналы связи для обращения к Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю): смс-сообщения на номер мобильного телефона, электронная почта, уведомления через мобильное приложение Страховщика, уведомления через личный кабинет («Кабинет клиента») на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

8.8. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь обязан в течение 15 (пятнадцати) дней с даты их изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов Страхователя своевременно, то все уведомления и извещения, направленные Страховщиком по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

8.9. Заявления, указанные в п.п.8.4.3, 8.4.4 настоящих Правил, могут быть оформлены Страхователем также в электронной форме путем их заполнения представителем Страховщика (со слов Страхователя) в информационной системе Страховщика с дальнейшим направлением их Страхователю по адресу его электронной почты и (или) в виде ссылки на страницу личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика для подтверждения и подписания. Указанные заявления подписываются Страхователем простой электронной подписью. После получения указанных заявлений и при условии согласия с изменением условий страхования Страховщик направляет Страхователю по адресу его электронной почты и (или) размещает в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования или о расторжении договора страхования, подписанное Страховщиком с использованием факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика.

9. ПОРЯДОК СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Порядок страховых выплат по основным программам и дополнительным программам, за исключением программы «Медицинское страхование».

9.1.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного п.п.3.3.1, 3.3.18 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по данному риску.

9.1.2. При наступлении страхового случая, предусмотренного п.п.3.3.2 (по основным программам), 3.3.7-3.3.9 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по данному риску, за исключением страхования по основным программам «Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов в случае смерти» (п.4.1.5 настоящих Правил) или «Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов по договору» (п.4.1.7 настоящих Правил).

По основной программе «Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов в случае смерти» (п.4.1.5 настоящих Правил) при наступлении страхового случая, предусмотренного п.3.3.2 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно в размере уплаченных страховых взносов по основной программе.

По основной программе «Страхование на дожитие с возвратом уплаченных взносов по договору» (п.4.1.7 настоящих Правил) при наступлении страхового случая, предусмотренного п.3.3.2 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно в размере уплаченных страховых взносов по договору.

По основной программе «Страхование выплаты к сроку» (п.4.1.3 настоящих Правил) при наступлении страхового случая, предусмотренного п.3.3.2 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно по окончании срока страхования.

9.1.3. При страховании по программе «Страхование на случай инвалидности» (п.4.2.5 настоящих Правил) страховая выплата по рискам, указанным в п.п.3.3.3, 3.3.5- 3.3.6 настоящих Правил, производится единовременно в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по риску.

При страховании по программе «Страхование на случай инвалидности» (п.4.2.5 настоящих Правил) страховая выплата по риску, указанному в п.3.3.19 настоящих Правил, определяется в размере определенного процента от страховой суммы, установленного в договоре страхования по группе инвалидности.

Если в договоре страхования по программе «Страхование на случай инвалидности» (п.4.2.3 настоящих Правил) предусмотрен риск, указанный в п.3.3.19 настоящих Правил, и при этом не указаны размеры выплат по группе инвалидности, считается, что выплата производится в размере 100% страховой суммы. После осуществления страховой выплаты по риску, указанному в п.3.3.19 настоящих Правил, в размере 100 % страховой суммы действие страхования по указанному риску прекращается.

9.1.4. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного п.3.3.10 настоящих Правил, определяется в размере определенного процента от страховой суммы в соответствии с Таблицей страховых выплат, предусмотренной договором страхования.

Если в договоре страхования предусмотрен риск травмы (увечья) и при этом не указана применяемая Таблица страховых выплат, считается, что по указанному риску предусмотрена Таблица страховых выплат № 1.

9.1.5. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.п.3.3.11 (по программе «Страхование от несчастных случаев») настоящих Правил определяется в размере определенного процента от страховой суммы, установленного в договоре страхования по группе инвалидности.

Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.п.3.3.12, 3.3.13 настоящих Правил, производится одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по риску.

Если в договоре страхования по программе «Страхование от несчастных случаев» (п.4.2.3 настоящих Правил) предусмотрен риск, указанный в п.3.3.11 настоящих Правил, и при этом не указаны размеры выплат по группе инвалидности, считается, что выплата производится в размере 100% страховой суммы. После осуществления страховой выплаты по риску, указанному в п.3.3.11 настоящих Правил, в размере 100 % страховой суммы действие страхования по указанному риску прекращается.

9.1.6. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.3.3.14 настоящих Правил, определяется по одному из следующих вариантов:

а) в размере величины, равной произведению суточной выплаты за один день госпитализации на количество дней госпитализации, за которые производится выплата, с учетом франшизы и лимита выплаты, установленных договором страхования по данному риску;

б) в размере определенного процента от страховой суммы, установленного договором страхования в зависимости от количества дней госпитализации, с учетом франшизы, установленной договором страхования по данному риску.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер выплаты, устанавливается при заключении договора страхования.

Если в договоре страхования предусмотрен риск «госпитализация в результате НС» (п.3.3.14 настоящих Правил) и при этом не установлен размер выплаты, считается, что по данному риску установлен вариант выплаты, указанный в подпункте «а» п. 8.1.6 настоящих Правил, с суточной выплатой за один день госпитализации в размере 0,3 % от страховой суммы и лимитом выплаты по одному страховому случаю, равным 60 дням.

Количество дней госпитализации, за которые производится выплата, уменьшается на количество дней госпитализации, связанных с задержанием Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

Договором страхования могут быть установлены отдельные размеры суточных выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения и за каждый день лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения, за исключением нахождения в реанимации.

9.1.7. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.3.3.15 настоящих Правил, определяется в размере определенного процента от страховой суммы в соответствии с Таблицей страховых выплат при хирургических вмешательствах (Приложение № 1).

9.1.8. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.3.3.16 настоящих Правил (по программе «Страхование на случай критических заболеваний»), определяется в размере 100 % страховой суммы и выплачивается с учетом п.9.1.9. настоящих Правил.

9.1.9. Выплата по риску, указанному в п.п.3.3.16 настоящих Правил (по программе «Страхование на случай критических заболеваний») выплачивается только Застрахованному лицу и только по истечении 30 дней (период выживания) с момента постановки окончательного диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, предусмотренных договором страхования.

Если Застрахованное лицо умирает в течение 30 дней с момента постановки окончательного диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, предусмотренных договором страхования, страховая выплата производится по риску, указанному в п.3.3.2 настоящих Правил.

9.1.10. Страховая выплата по риску, указанному в п.3.3.20 настоящих Правил, производится по одному из следующих вариантов:

а) в размере величины, равной произведению суточной выплаты за один день временной нетрудоспособности (утраты здоровья) на количество дней временной нетрудоспособности (утраты здоровья), за которые производится выплата, с учетом франшизы и лимита выплаты, установленных договором страхования по данному риску;

б) в размере определенного процента от страховой суммы, установленного договором страхования в зависимости от количества дней временной нетрудоспособности (утраты здоровья), с учетом франшизы, установленной договором страхования по данному риску.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер выплаты, устанавливается при заключении договора страхования.

9.1.11. При травматических повреждениях, операциях Застрахованного лица, которые не отражены в предусмотренной договором страхования по соответствующему риску таблице выплат, страховая выплата не производится.

9.1.12. Если по договору страхования была произведена выплата по риску из числа указанных в п.п.3.3.11, 3.3.19 настоящих Правил, а позднее Застрахованному лицу установлена новая группа инвалидности, предусматривающая страховую выплату в большем размере, чем было выплачено изначально, страховая выплата осуществляется за вычетом суммы, ранее выплаченной в связи с установлением инвалидности, если установление инвалидности связано с одним и тем же несчастным случаем или заболеванием.

9.1.13. Если в результате одного и того же несчастного случая или заболевания одновременно наступает несколько событий, признанных страховыми случаями, выплата производится:

- по страховому случаю, предусматривающему наибольшую страховую выплату, если договором страхования установлена единая страховая сумма по данным рискам;

- по каждому риску, если договором страхования установлены отдельные страховые суммы на данные риски.

9.1.14. Если была произведена выплата по страховому случаю, а позднее признается основание для более высокой выплаты по другому страховому случаю, наступившему вследствие того же несчастного случая или заболевания, по которому была произведена выплата, размер страховой выплаты:

- уменьшается на ранее выплаченную сумму, если договором страхования установлена единая страховая сумма по данным рискам;

- не уменьшается на ранее выплаченную сумму, если договором страхования установлены отдельные страховые суммы на данные риски.

9.1.15. При наступлении со Страхователем страхового случая, предусмотренного п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11, 3.3.16 настоящих Правил, и при условии заключения договора страхования по программе «Освобождение от уплаты взносов» или «Защита взносов»,

Страхователь освобождается от дальнейшей уплаты страховых взносов по основной программе при условии подтверждения инвалидности или диагностирования критического заболевания (проведения хирургической операции) в соответствии с п.9.1.23 настоящих Правил и с учетом п.п.5.11.2, 5.11.3 настоящих Правил.

При наступлении со Страхователем страхового случая, предусмотренного п.3.3.2 настоящих Правил, и при условии заключения договора страхования по программе «Защита взносов» (п.4.2.2 настоящих Правил) производится освобождение от дальнейшей уплаты страховых взносов по основной программе при условии подтверждения страхового случая в соответствии с п. 9.1.24 настоящих Правил и с учетом п.5.11.3 настоящих Правил.

При наступлении страхового случая по программе «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил) или «Защита взносов» (п.4.2.2 настоящих Правил) действие всех дополнительных программ страхования прекращается.

9.1.16. Страховая выплата производится:

9.1.16.1. По рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.18 настоящих Правил – Застрахованному лицу.

В случае назначения по данному риску Выгодоприобретателя(-ей), страховая выплата или ее часть производится назначенному(-ым) Выгодоприобретателю(-ям).

9.1.16.2. По рискам, указанным в п.п.3.3.2, 3.3.7-3.3.9 настоящих Правил (за исключением страхового случая, произошедшего со Страхователем по программе «Защита взносов») - Выгодоприобретателю(-ям).

Если Выгодоприобретатель на случай смерти не назначен, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

В случае если Страхователем (Застрахованным лицом) было назначено несколько Выгодоприобретателей, страховая сумма выплачивается им в долях или в порядке, указанном Страхователем (Застрахованным лицом), или равных долях, если такого распоряжения не было.

9.1.16.3. По рискам, указанным в п.п.3.3.3, 3.3.5, 3.3.5.1 (по программе «Страхование на случай инвалидности»), 3.3.11 (по программе «Страхование от несчастных случаев»), 3.3.16 (по программе «Страхование на случай критических заболеваний»), 3.3.6, 3.3.10, 3.3.12-3.3.15, 3.3.19, 3.3.20 настоящих Правил, - Застрахованному лицу.

В случае назначения по данным рискам Выгодоприобретателя(-ей), страховая выплата или ее часть производится назначенному(-ым) Выгодоприобретателю(-ям).

Если Застрахованное лицо является несовершеннолетним, выплата производится одному из родителей Застрахованного лица или его законному представителю (усыновителю, опекуну, попечителю), если не назначен иной Выгодоприобретатель.

9.1.17. Страховая сумма на случай смерти выплачивается законным наследникам Застрахованного лица также:

а) в случае одновременной (в один день) смерти Застрахованного лица и Выгодоприобретателя (если момент смерти каждого из таких граждан не установлен);

б) если Выгодоприобретатель умер ранее Застрахованного лица и Страхователь (Застрахованное лицо) не назначил другого Выгодоприобретателя;

в) если Страхователь (Застрахованное лицо) в период действия договора страхования отказался от назначенного Выгодоприобретателя.

9.1.18. Если Застрахованное лицо, дожив до установленного договором страхования срока согласно п.3.3.1 настоящих Правил, умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты, страховая выплата выплачивается наследникам Застрахованного лица, за исключением случаев, когда по риску, указанному в п.3.3.1 настоящих Правил, назначен Выгодоприобретатель.

Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся ему страховую выплату по договору страхования, то страховая выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

9.1.19. Страховая выплата может быть произведена законному представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной

Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9.1.20. При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования (п.3.3.1 настоящих Правил) или дожитии до установленной договором даты (п.3.3.18 настоящих Правил) Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.20.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.20.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.20.3. Оригинал Свидетельства об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом или иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом, должностным лицом (по требованию Страховщика).

9.1.20.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.20.5. Оригинал или нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.20.6. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.21. Заявление о страховой выплате по рискам «дожития до окончания срока страхования», «дожития до определенной договором даты», комплект документов, указанных в п.9.1.20 настоящих Правил, предоставляются Страховщику в порядке, предусмотренном абзацем первым п.8.7 настоящих Правил. Заявление может быть также направлено в электронной форме через личный кабинет («Кабинет клиента») на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет в порядке, предусмотренном действующим законодательством, с приложением (по запросу Страховщика) сканированных копий документов, указанных в п.п.9.1.20.2-9.1.20.6 настоящих Правил, с последующем предоставлением (по запросу Страховщика) их оригиналов в порядке, предусмотренном абзацем первым п. 8.7 настоящих Правил, за исключением случаев, если предоставление заявления, оригиналов документов не требуется в соответствии с настоящими Правилами или условиями договора страхования.

9.1.22. Для принятия решения о страховой выплате по рискам, указанным в п.п.3.3.2 (по основной программе), 3.3.7-3.3.9 настоящих Правил, Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.22.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.22.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.22.3. Нотариально заверенную копию свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного лица.

9.1.22.4. Документы, подтверждающие причину и обстоятельства смерти Застрахованного лица (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) документ, содержащий данные о причине смерти Застрахованного лица и наличии (отсутствии) алкогольного, наркотического опьянения (акт вскрытия либо выписка из него, заключение судебно-медицинской экспертизы либо выписка из нее, медицинское свидетельство о смерти Застрахованного лица (если вскрытие не производилось);

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае смерти Застрахованного лица от несчастного случая на производстве);

в) другой документ (по требованию Страховщика), достоверно свидетельствующем о факте и обстоятельствах события, повлекшего смерть Застрахованного лица (постановление о

возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, решение судебного органа, документ МВД, МЧС, прокуратуры, суда, другого компетентного органа, учреждения или организации);

г) медицинская карта либо выписка из медицинской карты (истории болезни) Застрахованного лица (за прошедший срок действия договора страхования и за последние 5 (пять) лет, предшествующих дате заключения договора страхования), содержащей информацию об имевшихся у Застрахованного лица профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, заболеваниях крови и иных заболеваниях (в случае смерти Застрахованного лица в результате заболевания). При этом Страховщик оставляет за собой право запросить выписку за иной период.

9.1.22.5. Наследники Застрахованного лица дополнительно к вышеперечисленным документам предоставляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования (оригиналы или нотариально заверенные копии).

9.1.22.6. Наследники Выгодоприобретателя (в случае смерти Выгодоприобретателя, не успевшего получить причитающуюся ему выплату) дополнительно к документам, указанным в п.п. 9.1.22.1 - 9.1.22.5 настоящих Правил, предоставляют:

- документы, удостоверяющие вступление в права наследования (оригиналы или нотариально заверенные копии);

- свидетельство ЗАГСа о смерти Выгодоприобретателя (оригинал или нотариально заверенную копию);

- документы (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом), подтверждающие причину и обстоятельства смерти Выгодоприобретателя (медицинское свидетельство о смерти, заключение судебно-медицинской экспертизы либо выписка из нее, акт вскрытия либо выписка из него).

9.1.22.7. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.22.8. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Выгодоприобретателя и (или) его право на получение выплаты (доверенность, свидетельство о рождении несовершеннолетнего Выгодоприобретателя, документы органов опеки и попечительства и др.).

9.1.22.9. Оригинал согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.23. При наступлении со Страхователем страхового случая, указанного в п.п. 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11, 3.3.16 настоящих Правил, и при условии страхования по программам «Освобождение от уплаты взносов» (п.4.2.1 настоящих Правил), «Защита взносов» (п.4.2.2 настоящих Правил) для освобождения от уплаты страховых взносов по договору страхования Страховщику должен быть предоставлен:

9.1.23.1. Оригинал Заявления об освобождении от уплаты страховых взносов.

9.1.23.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.23.3. По рискам, указанным в п.п. 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.5.1, 3.3.11 настоящих Правил: документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства установления Застрахованному лицу инвалидности (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

- а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение, диагностировавшего заболевание или установившего характер повреждений, на основании которых установлена инвалидность, с приложением результатов исследований и анализов;

- б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения инвалидности в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

- в) заключение соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством Российской Федерации, об установлении группы инвалидности;

г) амбулаторная карта и/или история болезни либо выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни Страхователя (Застрахованного лица) за прошедший срок действия договора страхования и за последние 5 (пять) лет, предшествующих дате заключения договора страхования, содержащей информацию об имевшихся у Страхователя (Застрахованного лица) заболеваниях и других поводах обращений (жалобах) (в случае наступления страхового случая в результате заболевания). При этом Страховщик оставляет за собой право запросить выписку за иной период.

д) документы, подтверждающие причинно-следственную связь между произошедшим несчастным случаем или заболеванием и установлением инвалидности (амбулаторная карта или история болезни, выписка из амбулаторной карты или истории болезни, посыльный лист на медико-социальную экспертизу и др.).

9.1.23.4. По риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил: документы, предусмотренные п.9.1.30.3 настоящих Правил.

9.1.23.5. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.23.6. Нотариально заверенную копию доверенности (при представлении заявления законным представителем Страхователя по доверенности).

9.1.23.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных представителя Страхователя (по требованию Страховщика).

9.1.24. При наступлении со Страхователем страхового случая, указанного в п.3.3.2 настоящих Правил, и при условии страхования по программе «Защита взносов» для освобождения от уплаты страховых взносов по договору страхования Страховщику должен быть предоставлен оригинал Заявления об освобождении от уплаты страховых взносов, а также документы, предусмотренные п.п. 9.1.22.2 - 9.1.22.4, 9.1.22.7-9.1.22.9 настоящих Правил. При этом заявителем может выступать как Выгодоприобретатель по договору, так и Застрахованное лицо по основной программе или их законные представители.

9.1.25. Для принятия решения о страховой выплате по рискам, указанным в п.п.3.3.3, 3.3.5., 3.3.5.1 (по программе «Страхование на случай инвалидности»), 3.3.11 (по программе «Страхование от несчастных случаев»), 3.3.6, 3.3.12, 3.3.13, 3.3.19 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.25.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.25.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.25.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение либо установившего характер повреждений;

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения производственной травмы), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

в) заключение соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством Российской Федерации, об установлении группы (категории) инвалидности;

г) документы, подтверждающие причинно-следственную связь между произошедшим несчастным случаем или заболеванием и установлением инвалидности (амбулаторная карта или история болезни, выписка из амбулаторной карты или истории болезни, направление на медико-социальную экспертизу, акт медико-социальной экспертизы и др.);

д) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика);

е) листок нетрудоспособности, справка или иной документ, удостоверяющий факт временной нетрудоспособности или временного расстройства здоровья Застрахованного лица и ее продолжительность (по требованию Страховщика).

9.1.25.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.25.5. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.25.6. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным.

9.1.25.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.26. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.10 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.26.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.26.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.26.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение, установившего характер повреждений;

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения травмы в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

в) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие характер повреждений (по требованию Страховщика);

г) листок нетрудоспособности, справка или иной документ, удостоверяющий факт временной нетрудоспособности или временного расстройства здоровья Застрахованного лица и ее продолжительность (по требованию Страховщика).

9.1.26.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.26.5. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.26.6. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным.

9.1.26.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.27. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.27.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.27.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.27.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение, установившего характер повреждений;

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае госпитализации в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

в) документ (справка, выписной эпикриз, выписка из истории болезни и др.), подтверждающий факт, даты нахождения в стационаре с указанием диагноза и проведенного лечения.

Если договором страхования установлен отдельный размер суточной выплаты за каждый день нахождения в реанимации, то в документе также должно быть указано количество дней нахождения в реанимации.

г) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика).

9.1.27.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.27.5. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.27.6. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным.

9.1.27.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.28. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.20 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.28.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.28.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.28.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение либо установившего характер повреждений;

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения производственной травмы), другой документ, составленный соответствующим

уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

в) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика);

е) листок нетрудоспособности, справка или иной документ, удостоверяющий факт временной нетрудоспособности или временного расстройства здоровья Застрахованного лица и ее продолжительность.

9.1.28.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.28.5. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.28.6. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным.

9.1.28.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.29. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.15 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

9.1.29.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.29.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.29.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение, установившего характер повреждений;

б) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения инвалидности в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью;

в) протокол хирургической операции;

г) медицинская карта стационарного больного;

д) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика).

9.1.29.4. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.29.5. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.29.6. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным.

9.1.29.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.30. Для решения вопроса о выплате по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены следующие документы:

9.1.30.1. Оригинал Заявления о страховой выплате (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

9.1.30.2. Оригинал или копию договора страхования (страховой полис), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов).

9.1.30.3. Документы, подтверждающие факт, причины и обстоятельства страхового случая (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

а) справка или иной документ из лечебного учреждения, диагностировавшего критическое заболевание и/или проводившего оперативное вмешательство, в т.ч. с указанием даты первичного диагностирования и проведенного лечения.

В случае оперативного вмешательства предоставляются также протокол хирургической операции и медицинская карта стационарного больного.

Документы, предусмотренные настоящим подпунктом, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.9.1.31 настоящих Правил и в предусмотренном договором страхования Перечне критических заболеваний для соответствующего заболевания.

б) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз, а также другие документы, указанные в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования, для соответствующего заболевания.

Документы, предусмотренные настоящим подпунктом, должны соответствовать требованиям, изложенным в п. 9.1.31 настоящих Правил и в предусмотренном договором страхования Перечне критических заболеваний для соответствующего заболевания.

в) выписку из амбулаторной или медицинской карты («истории болезни») Застрахованного лица, содержащей информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях.

9.1.30.4. Нотариально заверенную копию доверенности с правом получения страховой выплаты (при получении выплаты законным представителем Застрахованного лица или Выгодоприобретателя по доверенности).

9.1.30.5. Оригинал или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя) и (или) его право на получение выплаты (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица (или Выгодоприобретателя), документы органов опеки и попечительства и др.), если Застрахованное лицо (или Выгодоприобретатель) является несовершеннолетним или недееспособным лицом.

9.1.30.6. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.1.30.7. Оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или его представителя (по требованию Страховщика).

9.1.31. Требования, предъявляемые к медицинской документации и проведению диагностирования критического заболевания:

9.1.31.1. Диагноз должен быть подтвержден надлежащим образом на основании медицинского исследования сертифицированным врачом соответствующей специализации с опытом врачебной практики в данной области.

9.1.31.2. Заключение врачей признается надлежащим и принимается в обоснование требований при условии, что врач, дающий такое заключение, является практикующим врачом, находящимся в трудовых отношениях с медицинским учреждением, выдавшим документ.

9.1.31.3. Медицинский документ содержит все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными актами. При этом на всех медицинских

документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного лица, а именно:

9.1.31.4. На электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах / изображениях, явившихся результатом машинной обработки, фамилия, инициалы и дата рождения должны быть сканированы, то есть должны составлять единое целое с документом / изображением без возможности их изменения.

9.1.31.5. На иных документах (на медицинских справках, выписках, отчетах и прочих) фамилия, инициалы и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

9.1.31.6. Не признается в качестве надлежащего подтверждения заключение частного практикующего врача, не находящегося в трудовых отношениях с медицинским учреждением.

9.1.32. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанных в п.п.9.1.20-9.1.30 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме, чем установлена настоящими Правилами, принять иные документы взамен указанных или осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

В случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, предоставляется также документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты. При предъявлении документов лично, Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

9.1.33. При необходимости Страховщик может запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, организаций и учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая. Страховщик также вправе осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

Если проверка каких-либо сведений и документов была осуществлена Страховщиком с использованием информационных систем, представление оригиналов или нотариально заверенных копий документов, подтверждающих проверенные сведения и документы, а также заявления о страховой выплате по рискам «дожития до окончания срока страхования», «дожития до определенной договором даты», со стороны Страхователя (Выгодоприобретателя), не требуется.

9.1.34. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

а) принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

б) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 рабочих дней.

9.1.35. Страховая выплата по страховым случаям, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2 (по основным программам), 3.3.3, 3.3.5, 3.3.5.1 (по программе «Страхование на случай инвалидности»), 3.3.11 (по программе «Страхование от несчастных случаев»), 3.3.16 (по программе «Страхование на случай критических заболеваний»), 3.3.6-3.3.10, 3.3.12-3.3.15., 3.3.18-3.3.20 настоящих Правил, производится в денежной форме в течение 30 календарных дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования, с момента получения Страховщиком

последнего из всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов (за исключением страхования по основной программе «Страхование выплаты к сроку»). Если проверка сведений и документов о страховом случае была осуществлена Страховщиком с использованием данных, полученных из Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем, страховая выплата может быть осуществлена Страховщиком в течение указанного срока по факту наступления страхового события.

При страховании по основной программе «Страхование выплаты к сроку» (п.4.1.3 настоящих Правил) страховая выплата производится в сроки, установленные абзацем первым настоящего пункта, но не ранее даты окончания срока страхования.

Страховая выплата производится по безналичному расчёту.

9.1.36. В течение 30 календарных дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования, с момента получения всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов по страховому случаю из числа указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11, 3.3.16 настоящих Правил и предусмотренному программой «Освобождение от уплаты взносов» или программой «Защита взносов», Страховщик принимает решение о признании страхового случая и освобождении Страхователя от уплаты страховых взносов, а в случае признания события страховым случаем направляет Страхователю письменное уведомление с указанием даты начала освобождения от уплаты взносов и срока освобождения от уплаты взносов.

При наступлении страхового случая по риску из числа указанных в п.п.3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.11 настоящих Правил Страхователь обязан после очередного медицинского переосвидетельствования Страхователя уведомлять Страховщика о заключении бюро МСЭ. В течение 30 календарных дней со дня вынесения решения бюро МСЭ Страхователь обязан предоставить Страховщику заверенную копию заключения бюро МСЭ о том, что группа инвалидности остается в силе или об ее изменении. Если Страхователь не предоставит таких доказательств или группа инвалидности будет изменена на группу инвалидности, не предусмотренную договором страхования, или группа инвалидности будет снята, обязательства Страховщика по освобождению от уплаты взносов прекращаются и Страхователь обязан с этого момента платить все полагающиеся по договору страхования страховые взносы.

9.1.37. В течение 30 календарных дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования, с момента получения всех необходимых документов по произошедшему со Страхователем страховому случаю, указанному в п.3.3.2 настоящих Правил и предусмотренному программой «Защита взносов», Страховщик принимает решение о признании страхового случая и освобождении от уплаты страховых взносов, а в случае признания события страховым случаем направляет Застрахованному лицу по основной программе (его законному представителю) письменное уведомление с указанием даты начала освобождения от уплаты взносов и срока освобождения от уплаты взносов.

9.1.38. Страховщик принимает решение о выплате страховой суммы или об освобождении от уплаты взносов при наступлении страхового случая по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, только по истечении периода, установленного с целью подтверждения необратимости критического заболевания (если такой период предусмотрен для конкретного критического заболевания), а также по истечении периода выживания, если такой период предусмотрен договором страхования.

Если договором страхования предусмотрен период выживания (начинающийся с даты диагностирования критического заболевания или проведения хирургической операции, предусмотренных договором страхования) и Застрахованное лицо умирает в течение данного периода, страховая выплата по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, не производится.

Если договором не предусмотрено иное, по риску, указанному в п.п.3.3.16 настоящих Правил и при условии страхования по программе «Страхование на случай критических заболеваний» установлен период выживания, предусмотренный п.9.1.9 настоящих Правил.

Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи и проведении лечения.

Датой диагностирования, выявления критического заболевания считается дата установления медицинским специалистом заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного лица и его лечения.

Одномоментное диагностирование, выявление нескольких критических заболеваний из указанных в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования, в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием.

9.1.39. Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик имеет право продлить (приостановить) указанный в п.9.1.35 настоящих Правил срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, срок, указанный в п.9.1.35 настоящих Правил, начинается течью не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

9.1.40. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми случаями, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отложить решение о страховой выплате или решение об освобождении от уплаты взносов до предоставления документов надлежащего качества.

9.1.41. Если страховая выплата, отказ в страховой выплате, изменение размера выплаты либо решение об освобождении от уплаты взносов зависят от результатов производства по уголовному, гражданскому делу или делу об административном правонарушении либо от результатов проводимого Страховщиком расследования, срок которого не может превышать 90 дней, принятие решения о страховой выплате может быть продлено Страховщиком до окончания указанного производства, вступления в силу решения суда, расследования, о чем Страховщик письменно извещает Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).

9.1.42. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

9.1.42.1. Страхователь (Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель) имел возможность, но не уведомил Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами или договором страхования.

9.1.42.2. Страхователь (Выгодоприобретатель) не предоставил документы, необходимые для принятия Страховщиком решения о выплате или об освобождении от уплаты взносов, или не предоставил указанные документы в сроки, предусмотренные договором страхования, или предоставил заведомо ложные сведения.

9.1.42.3. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.1.43. Страховщик принимает решение о непризнании заявленного события страховым случаем или отказе (освобождении) в страховой выплате или отказе в освобождении от уплаты взносов (далее - решение об отказе в выплате) в течение 20 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования, с момента получения Страховщиком последнего из всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в письменной форме с обоснованием причин отказа и ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия Страховщиком такого решения.

9.2. Порядок страховых выплат по дополнительной программе «Медицинское страхование» при страховании по риску «лечение критического заболевания».

9.2.1. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов медицинских или иных организаций за оказанные медицинские или иные услуги в порядке и на условиях,

установленных договором между Страховщиком и данной организацией, в пределах страховой суммы, предусмотренной по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил).

9.2.2. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать страховой суммы, установленной договором страхования по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.17 настоящих Правил).

9.2.3. Страховая выплата может включать в себя (в зависимости от перечня критических заболеваний, на случай которых проводится страхование, и медицинской программы, предусмотренной договором страхования):

9.2.3.1. Стоимость услуг по получению второго экспертного медицинского мнения (консультация врачами-специалистами по итогам рассмотрения и оценки документации, предоставленной Застрахованным лицом, с выдачей врачебного заключения). Второе экспертное медицинское мнение может выноситься без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в заключение лечащего врача (первое медицинское мнение), комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения.

9.2.3.2. Стоимость медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (осмотры врачами; диагностические медицинские вмешательства, в т.ч. лабораторные, визуализирующие, эндоскопические исследования, функциональная диагностика; лечебные медицинские вмешательства, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные и разрешенные к применению на территории России; трансплантация органов от живого донора, подбор органа для трансплантации, его консервирование, транспортировка к месту трансплантации; имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения; лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара).

9.2.3.3. Стоимость услуг визовой поддержки, транспортировки, проживания Застрахованного лица (и одного сопровождающего), необходимых в связи с предусмотренными договором страхования лечением (операцией), состоянием Застрахованного лица; стоимость услуг посмертной репатриации Застрахованного лица в случае его смерти в связи с предусмотренными договором страхования лечением (операцией), состоянием Застрахованного лица.

9.2.4. В случае оплаты услуг, оказанных за рубежом, в валюте счета иностранных организаций, из страховой суммы вычитается сумма выплаты, эквивалентная сумме выплаты, рассчитанной в рублях по курсу ЦБ Российской Федерации на день оплаты.

9.2.5. По окончании действия договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные со стационарным лечением Застрахованного лица, начало которого относится к периоду действия договора страхования до его завершения по медицинским показаниям с учетом сроков по госпитализации, предусмотренных договором страхования (медицинской программой).

9.2.6. Для принятия Страховщиком решения об организации и оказании медицинских и иных услуг Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) представляет Страховщику (сервисной компании) следующие документы:

а) оригинал заявления Застрахованного лица о наступлении страхового случая (с указанием или приложением полных банковских реквизитов);

б) оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов);

в) оригинал или заверенную копию выписки из медицинской документации, содержащей: анамнез заболевания, период наблюдения, заключение лечащего врача о

диагностировании заболевания, данные объективного осмотра на дату получения выписки из медицинской документации, результаты и даты проведенных диагностических исследований по поводу выставленного врачом диагноза (результаты и даты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки)), диагноз заболевания/состояния, код диагноза по МКБ-10, рекомендованный план лечения, даты и результаты лечения;

г) дополнительно по требованию Страховщика: оригиналы или заверенные копии протокола, акт освидетельствования в бюро МСЭ, направление на МСЭ, выписки из медицинской карты амбулаторного больного, содержащие информацию об имеющихся у Застрахованного лица до начала действия страхования заболеваниях; медицинские документы из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного лица об отсутствии обращений Застрахованного лица до начала действия страхования;

д) документы, подтверждающие право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица (оригиналы или нотариально заверенные копии);

е) копию документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

ж) оригинал согласия на обработку персональных данных Застрахованного лица или его представителя (по требованию Страховщика).

Документы, предусмотренные подпунктами «в» и «г» п.9.2.6 настоящих Правил, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.9.1.31 настоящих Правил.

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанный в п.9.2.6 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме чем установлена настоящими Правилами или принять иные документы взамен указанных. Страховщик также вправе осуществить запрос необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

9.2.7. После получения всех необходимых документов Страховщик (сервисная компания) проводит анализ полученных документов и принимает решение о возможности оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с медицинской программой. При принятии решения о возможности оказания в соответствии с медицинской программой медицинских и иных услуг Застрахованному лицу Страховщик (сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

Предоставление медицинских и иных услуг должно быть организовано Страховщиком (сервисной компанией) в срок до 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения им последнего документа, необходимого для организации и оказания медицинских и иных услуг (если договором не предусмотрен иной срок).

9.2.8. При принятии решения о невозможности оказания в соответствии с медицинской программой медицинских и иных услуг Застрахованному лицу (решение принимается в сроки, установленные в абзаце втором п.9.2.7 настоящих Правил) Страховщик (сервисная компания) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия такого решения письменно информирует Застрахованное лицо об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках медицинской программы путем направления мотивированного отказа в признании события страховым случаем.

9.2.9. Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица) по предварительному согласованию со Страховщиком и/или в случаях, прямо предусмотренных договором страхования, вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные договором страхования.

9.2.10. Для получения страховой выплаты в случае, предусмотренном п.9.2.9 настоящих Правил, Страховщику представляются документы, указанные в п.9.2.6 настоящих Правил, а также документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, определенных договором страхования, факт и размер произведенных расходов

(оригиналы или заверенные копии медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, копии рецептов на лекарственные средства (если их возмещение предусмотрено медицинской программой), оригиналы чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг).

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанный в настоящем подпункте, а также принять или запросить документы в иной форме чем установлена настоящими Правилами, принять иные документы взамен указанных или осуществить запрос и проверку необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

В случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, предоставляется также копия документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.2.11. При предоставлении документов согласно п.9.2.10 настоящих Правил, в случае выявления факта предоставления Застрахованным лицом документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- а) принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- б) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 рабочих дней.

9.2.12. В случае, предусмотренном п.9.2.9 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату либо принимает решение о непризнании заявленного события страховым случаем или отказе (освобождении) в страховой выплате (далее решение об отказе в выплате) в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения им последнего документа, необходимого для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен договором страхования. Если проверка сведений и документов о страховом случае была осуществлена Страховщиком с использованием данных, полученных из Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем, страховая выплата может быть осуществлена Страховщиком в течение указанного срока по факту наступления страхового события.

Страховая выплата производится по безналичному расчёту.

Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик имеет право продлить (приостановить) указанный в абзаце первом настоящего подпункта срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, срок, указанный в абзаце первом настоящего подпункта, начинается течь не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

В случае принятия решения об отказе в выплате Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление об отказе в выплате с указанием причин отказа со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих

Правил, на основании которых принято такое решение, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отказе в выплате. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

9.3. Порядок страховых выплат по дополнительной программе «Медицинское страхование» при страховании по риску «лечение онлайн».

9.3.1. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов медицинских или иных организаций за оказанные медицинские или иные услуги в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и данной организацией, либо в случае, предусмотренном п.9.3.3 настоящих Правил, возмещает Застрахованному лицу (законному представителю несовершеннолетнего Застрахованного лица) его расходы, связанные с получением медицинских или иных услуг, определенных договором страхования.

9.3.2. Если договором страхования предусмотрен лимит выплаты на отдельный(-ые) вид(-ы) медицинских или иных услуг, то выплата осуществляется в пределах установленного договором страхования соответствующего лимита выплаты.

9.3.3. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать страховой суммы, установленной договором страхования по риску «лечение онлайн» (п.3.3.21 настоящих Правил).

9.3.4. Застрахованное лицо (законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица) по предварительному согласованию со Страховщиком и/или в случаях, прямо предусмотренных договором страхования, вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные договором страхования.

9.3.5. Для получения страховой выплаты в случае, предусмотренном п.9.3.4 настоящих Правил, Страховщику представляются:

- а) оригинал заявления Застрахованного лица о наступлении страхового случая (с указанием или приложением полных банковских реквизитов);
- б) оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документов, подтверждающих уплату страховой премии (страховых взносов);
- в) документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, определенных договором страхования, а также факт и размер произведенных расходов (оригиналы или заверенные копии медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, копии рецептов на лекарственные средства (если их возмещение предусмотрено медицинской программой), копии чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);
- г) документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица).

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанный в настоящем подпункте, а также принять или запросить документы в иной форме чем установлена настоящими Правилами или принять иные документы взамен указанных. Страховщик также вправе осуществить запрос необходимых сведений и документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

В случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, предоставляется также копия документа, удостоверяющего личность заявителя, в т.ч. с отметкой о месте его регистрации. При предъявлении документов лично Страховщик вправе потребовать предъявления также оригинала документа, удостоверяющего личность заявителя.

9.3.6. При предоставлении документов согласно п.9.3.4 настоящих Правил, в случае выявления факта предоставления Застрахованным лицом документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или)

ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- а) принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- б) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 рабочих дней.

9.3.7. В случае, предусмотренном п.9.3.4 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату либо принимает решение о непризнании заявленного события страховым случаем или отказе (освобождении) в страховой выплате (далее решение об отказе в выплате) в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения им последнего документа, необходимого для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен договором страхования. Если проверка сведений и документов о страховом случае была осуществлена Страховщиком с использованием данных, полученных из Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем, страховая выплата может быть осуществлена Страховщиком в течение указанного срока по факту наступления страхового события.

Страховая выплата производится по безналичному расчёту.

Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик имеет право продлить (приостановить) указанный в абзаце первом настоящего подпункта срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, срок, указанный в абзаце первом настоящего подпункта, начинается течь не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

В случае принятия решение об отказе в выплате Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление об отказе в выплате с указанием причин отказа со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято такое решение, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отказе в выплате. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

9.4. Основания освобождения от страховой выплаты, отказа в страховой выплате.

9.4.1. Страховщик освобождается от обязанности производить страховую выплату, если страховой случай наступил в результате умысла Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя.

9.4.2. 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.

9.4.3. Если договором не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от обязанности производить страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие:

9.4.3.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

9.4.3.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

9.4.3.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

9.4.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный/Выгодоприобретатель) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая не уведомил о его наступлении Страховщика или его представителя в установленный настоящими Правилами срок, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор разрешается в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. Иск по требованиям, вытекающим из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, рассматриваются в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации (в течение трех лет).