

Комплексные правила страхования жизни и добровольного медицинского страхования №10.1

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 и (или) добровольного медицинского 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.

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

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

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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 (ДТП), 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.

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.

Занятость - деятельность Застрахованного лица по трудовому договору (контракту), не противоречащая законодательству Российской Федерации и приносящая ему заработок, трудовой доход, денежное содержание.

Контракт (служебный контракт) – соглашение между представителем нанимателя и гражданином, поступающим на государственную службу (гражданскую службу, государственную службу иных видов), или государственным служащим (гражданским служащим, государственным служащим федеральной службы иных видов) о прохождении государственной службы (гражданской службы, государственной службы иных видов) и замещении должности государственной службы (гражданской службы, государственной службы иных видов). Нанимателем федерального государственного служащего является Российская Федерация, государственного гражданского служащего субъекта Российской Федерации - соответствующий субъект Российской Федерации. Контракт о прохождении военной службы заключается между гражданином и от имени Российской Федерации - Министерством обороны Российской Федерации или иным федеральным органом исполнительной власти, в котором Федеральным законом от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" предусмотрена военная служба.

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.

Трудовой договор - соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя.

Для целей настоящих Правил далее под трудовым договором понимается также контракт (служебный контракт, контракт о прохождении военной службы). Под расторжением трудового договора понимается также прекращение контракта (служебного контракта, контракта о прохождении военной службы), освобождение от замещаемой должности государственной службы и увольнение с государственной (военной) службы.

Работодатель - юридическое лицо (организация), вступившее в трудовые отношения с Застрахованным лицом, либо представитель нанимателя.

Представитель нанимателя - руководитель государственного органа, лицо, замещающее государственную должность, либо представитель указанных руководителя или лица, осуществляющие полномочия нанимателя от имени Российской Федерации или субъекта Российской Федерации.

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.

Основной страховой риск – страховой риск, принимаемый Страховщиком по договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа) в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа).

Дополнительный страховой риск – страховой риск, принимаемый Страховщиком по договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), не относящийся к основному страховому риску.

Сервисная компания - специализированная организация, имеющая договорные отношения со Страховщиком, которая по его поручению обеспечивает организацию медицинских и иных услуг и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

Государственная служба занятости населения (или служба занятости) - включает:

1) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере труда, занятости и альтернативной гражданской службы, по оказанию государственных услуг в сфере содействия занятости населения и защиты от безработицы, трудовой миграции и урегулирования коллективных трудовых споров;

2) органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие переданные в соответствии с пунктом 1 статьи 7.1 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 г. № 1032-1 полномочия;

3) государственные учреждения службы занятости населения.

Учреждения службы занятости осуществляют регистрацию безработных граждан в порядке, определенном Правительством Российской Федерации.

ТК Российской Федерации - Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.

Закон № 79-ФЗ - Федеральный закон от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации».

Закон № 342-ФЗ - Федеральный закон от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Закон № 53-ФЗ - Федеральный закон от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

1.5. На основании настоящих Правил могут заключаться как договоры страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита, так и договоры страхования, не связанные с предоставлением потребительского кредита (займа).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

- имущественные интересы, связанные со смертью Застрахованного лица, с дожитием Застрахованного лица до события потери работы и/или с наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица;

- 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, 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 риском (с учетом всех положений и исключений из страхования, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования) является риск наступления следующих событий:

3.3.1. Смерть Застрахованного лица от любой причины, кроме указанных в п.п.3.22, 3.23 настоящих Правил (для договоров страхования, не связанных с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски), или указанных в п.3.31 настоящих Правил (для договоров страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков) (риск «смерть от любой причины»).

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

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

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

3.3.5. Установление Застрахованному лицу инвалидности, кроме событий, указанных в п.3.22 настоящих Правил страхования (для договоров страхования, не связанных с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски) или указанных в п.3.31 настоящих Правил (для договоров страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков) (риск «инвалидность»).

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

3.3.7. Установление Застрахованному лицу инвалидности в результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего в период действия договора страхования (риск «инвалидность в результате ДТП» / «инвалидность в результате дорожно-транспортного происшествия»).

3.3.8. Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (здоровья) в период действия договора страхования (риск «временная утрата трудоспособности (здоровья)»).

3.3.9. 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»).

3.3.10. Травма 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»).

3.3.11. Госпитализация Застрахованного лица в период действия договора страхования (риск «госпитализация»).

3.3.12. Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «госпитализация в результате НС» / «госпитализация в результате несчастного случая»).

3.3.13. 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 у Застрахованного лица 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 указанным в Перечне критических заболеваний, предусмотренном договором страхования;

- заболевание, состояние или хирургическое вмешательство не относится к исключениям из страхования, 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 №1), если договором страхования не предусмотрено иное.

3.3.14. Дожитие Застрахованного лица до события потери работы в результате его увольнения или прекращения трудового договора по следующим основаниям:

3.3.14.1. «Ликвидация работодателя»: расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации, упразднением государственного органа (п. 1 части первой статьи 81 ТК Российской Федерации, за исключением прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем; п.8.3 части первой статьи 37 Закона № 79-ФЗ).

3.3.14.2. «Сокращение численности или штата работников работодателя»: расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников организации, сокращением должности в государственном органе; досрочное увольнение с военной службы в связи с организационно-штатными мероприятиями (сокращение занимаемой воинской должности (должности)) (п. 2 части первой статьи 81 ТК Российской Федерации, за исключением сокращения численности или штата работников индивидуального предпринимателя; п.8.2 части первой статьи 37 Закона № 79-ФЗ; п.11 части второй статьи 82 Закона № 342-ФЗ; подп. «а» п. 2 статьи 51 Закона № 53-ФЗ).

3.3.14.3. «Смена собственника имущества работодателя»: расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи со сменой собственника имущества организации (п. 4 части первой статьи 81 ТК Российской Федерации) - в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера.

3.3.14.4. «Восстановление на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда»: прекращение трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, в связи с восстановлением на работе работника, ранее выполнявшего эту работу (в связи с восстановлением в должности в государственном органе сотрудника, ранее замещавшего эту должность), по решению государственной инспекции труда или суда (п. 2 части первой статьи 83 ТК Российской Федерации; п.2 части первой статьи 39 Закона № 79-ФЗ; п.9 части второй статьи 82 Закона № 342-ФЗ).

3.3.14.5. «Отсутствие у работодателя работы, необходимой работнику в соответствии с медицинским заключением»: прекращение трудового договора в связи с отсутствием у работодателя работы, необходимой работнику в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (п.8 части первой статьи 77 ТК Российской Федерации).

3.3.14.6. «Наступление чрезвычайных обстоятельств»: прекращение трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п.7 части первой статьи 83 ТК Российской Федерации; п.4 части первой статьи 39 Закона № 79-ФЗ).

3.3.14.7. «Отказ работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем»: прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем (п.9 части первой статьи 77 ТК Российской Федерации).

3.3.14.8. «Ликвидация работодателя либо прекращение деятельности работодателя»: расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности индивидуальным предпринимателем, упразднением государственного органа (п. 1 части первой статьи 81 ТК РФ; п.8.3 части первой статьи 37 Закона № 79-ФЗ).

3.3.14.9. «Смерть работодателя – физического лица»: прекращение трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, в связи со смертью работодателя - физического лица, а также признанием судом работодателя – физического лица умершим (п. 6 части первой статьи 83 ТК РФ за исключением признания судом работодателя – физического лица безвестно отсутствующим).

3.3.14.10. «Соглашение сторон»: расторжение трудового договора по соглашению сторон трудового договора (п.1 части первой статьи 77 ТК Российской Федерации) с предоставлением выходного пособия (дополнительной денежной компенсации) в размере не менее 2 (двух) месячных заработных плат.

Договором страхования может быть предусмотрен иной размер выходного пособия (дополнительной денежной компенсации), необходимый для признания события страховым случаем.

3.3.14.11. Иные основания увольнений по инициативе работодателя либо по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, из числа предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, если такие основания прямо указаны в договоре страхования.

3.3.15. Инфекционное заболевание, предусмотренное договором страхования из числа заболеваний, указанных в п.3.11 настоящих Правил, и впервые выявленное (диагностированное) в период действия договора страхования (риск «инфекционное заболевание»).

3.3.16. Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (здоровья), наступившая в результате инфекционного заболевания, предусмотренного договором страхования из числа заболеваний, указанных в п.3.11 настоящих Правил, и впервые выявленное (диагностированное) в период действия договора страхования (риск «временная утрата трудоспособности (здоровья) в результате инфекционного заболевания»).

3.3.17. Госпитализация Застрахованного лица в результате инфекционного заболевания, предусмотренного договором страхования из числа заболеваний, указанных в п.3.11 настоящих Правил, и впервые выявленное (диагностированное) в период действия договора страхования (риск «госпитализация в результате инфекционного заболевания»).

3.3.18. Смерть Застрахованного лица в результате инфекционного заболевания, предусмотренного договором страхования из числа заболеваний, указанных в п.3.11

настоящих Правил, и впервые выявленное (диагностированное) в период действия договора страхования (риск «смерть в результате инфекционного заболевания»).

3.3.19. Проведение Застрахованному лицу хирургической операции, указанной в Таблице страховых выплат при хирургических вмешательствах, предусмотренной п.3.12 настоящих Правил, в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования (риск «хирургическая операция в результате НС» / «хирургическая операция в результате несчастного случая»).

3.3.20. 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 указанным в медицинской программе, предусмотренной договором страхования;

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

3.4. Страховым случаем (с учетом всех положений и исключений из страхования, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования) является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования из числа указанных в п.3.3 настоящих Правил, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.5. По договору, заключенному на случай наступления событий, указанных в п.3.3.14 настоящих Правил, страховой случай считается наступившим при выполнении следующих условий:

3.5.1. Увольнение (прекращение трудового договора) Застрахованного лица произошло по основаниям, предусмотренным договором страхования (из числа указанных в п.п.3.3.14.1-3.3.14.11 настоящих Правил).

3.5.2. Увольнение (прекращение трудового договора) произошло с соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, в том числе с предварительного уведомления со стороны работодателя.

3.5.3. Увольнение (прекращение трудового договора) произошло в течение срока действия договора страхования по истечении периода ожидания, установленного в соответствии с п.3.36 настоящих Правил, и/или в момент увольнения (прекращение трудового договора) Застрахованное лицо не находилось на испытательном сроке.

3.5.4. Застрахованное лицо после прекращения трудового договора зарегистрировалось в службе занятости в целях поиска подходящей работы в срок, предусмотренный подпунктом «б» пункта 6.2.9 настоящих Правил.

3.5.5. Застрахованное лицо состоит на регистрационном учете в службе занятости в течение всего периода отсутствия занятости.

3.5.6. Увольнение (прекращение трудового договора), а также отсутствие у Застрахованного лица работы (нахождение на учете в службе занятости в качестве безработного) на даты, определенные договором страхования, подтверждено документами, указанными в п.п.7.1.25, 7.1.26 настоящих Правил, представленными в сроки, предусмотренные настоящими Правилами и/или договором страхования.

3.5.7. Застрахованное лицо предоставило достоверные документы и данные для признания наступившего события страховым случаем.

3.5.8. Застрахованное лицо на момент заключения договора страхования не имело письменное уведомление от работодателя об увольнении (прекращении трудового договора) или Застрахованному лицу на момент заключения договора страхования иным образом не было известно о предполагаемом его увольнении или прекращении трудового договора.

3.6. По рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.7 настоящих Правил, договор страхования считается заключенным на случай установления I группы инвалидности или на случай установления I, II группы инвалидности либо, если это прямо предусмотрено договором страхования, - на случай установления I, II, III группы инвалидности.

3.7. Договор страхования по риску, указанному в п.3.3.13 настоящих Правил, может быть заключен на случай критических заболеваний, указанных в одном из Перечней критических заболеваний №№ 1-4, 6 (приложения №2.1-2.4, 2.6). Договор страхования может быть заключен на случай критических заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний №5 (приложение №2.5) как самостоятельно, так и в дополнение к одному из Перечней критических заболеваний №№ 1-4, 6.

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

3.8. При страховании по риску, указанному в п.3.3.20 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 №2.6), обращение по поводу которых является страховым случаем по договору страхования.

Медицинским программам Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

3.9. При страховании по риску, указанному в п.п.3.3.20 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.

3.10. 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 №№ 3.1-3.3).

3.11. Договор страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.15-3.3.18 настоящих Правил, может быть заключен на случай инфекционного(-ых) заболевания(-й), указанного(-ых) в одном из Перечней инфекционных заболеваний №№1,2 (приложение №4) или в обоих Перечнях инфекционных заболеваний №1, 2. При этом Перечень инфекционных заболеваний №1 условиями договора страхования может быть сокращен.

3.12. Договор страхования по риску, указанному в п.3.3.19 настоящих Правил, может быть заключен на случай хирургической операции, указанной в Таблице страховых выплат при хирургических вмешательствах (приложение №5).

3.13. События, указанные в п.3.3.10 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если травма (увечье) получена в период действия договора страхования.

3.14. События, указанные в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.11, 3.3.12, 3.3.16, 3.3.17 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если трудоспособность (здоровье) утрачено или госпитализация Застрахованного лица была проведена в период действия договора страхования. При этом по указанным рискам Страховщик производит страховую выплату за период временной нетрудоспособности (утраты здоровья, госпитализации) вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности (утраты здоровья,

госпитализации) до или после окончания срока действия договора страхования при условии, что начало периода временной нетрудоспособности (утраты здоровья, госпитализации) относится к сроку действия договора страхования.

3.15. События, указанные в п.3.3.19 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если хирургическая операция была проведена Застрахованному лицу в период действия договора страхования.

3.16. События, предусмотренные п.3.3.1 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если смерть Застрахованного лица наступила в период действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

Договором страхования может быть предусмотрено, что события, предусмотренные п.3.3.1 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если смерть Застрахованного лица наступила в период действия договора страхования или в течение 365 дней с даты наступления несчастного случая или заболевания, явившегося причиной смерти, если договором не предусмотрено иное.

3.17. События, предусмотренные п.п.3.3.2-3.3.4, 3.3.18 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если смерть Застрахованного лица наступила в период действия договора страхования или в течение 365 дней с даты наступления несчастного случая или заболевания, явившегося причиной смерти, если договором не предусмотрено иное.

3.18. События, предусмотренные п.п.3.3.5-3.3.7 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.

3.19. Страховщик не несет ответственность по событиям, указанным в п.п.3.3.1-3.3.7, 3.3.18 настоящих Правил, если смерть наступила или инвалидность установлена после досрочного прекращения договора страхования, предусматривающего возврат Страхователю страховой премии или ее части, даже если несчастный случай или заболевания, явившиеся причиной смерти или установления инвалидности, наступили в период действия договора страхования.

3.20. Договор страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.1-3.3.13, 3.3.15-3.3.19 настоящих Правил, заключен с объемом ответственности, предусматривающим возникновение обязанности Страховщика по страховой выплате при наступлении страхового случая в течение 24 часов в сутки.

При этом действие страхования распространяется:

- на участие Застрахованного лица в самостоятельных (не организованных спортивной или другой организацией) занятиях по физической культуре и спорту на любительской основе, не являющихся систематическими тренировками, направленными на достижение спортивных результатов, а именно: плавание (кроме дайвинга, фридайвинга и других видов подводного спорта), пешие походы без применения альпинистского снаряжения, езда на велосипеде (кроме горного велосипеда (маунтибайка), велосипедного мотокросса (BMX) и их направлений), катание на лыжах (кроме горных), бег и ходьба оздоровительные, катание на коньках, волейбол, баскетбол, бадминтон, теннис (включая настольный), бильярд, боулинг, гольф, аэробика, гимнастика (кроме спортивной и акробатической), керлинг;

- на участие Застрахованного лица в занятиях по физической культуре и спорту в фитнес-клубах (центрах), тренажерных залах (за исключением занятий единоборствами);

- на период участия Застрахованного лица в спортивных и физкультурных занятиях и мероприятиях, проводимых в соответствии с утвержденными планами в учебных и дошкольных учреждениях, кроме спортивных учреждений, а также в детских (юношеских) лагерях, кроме спортивных лагерей.

По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с иным объемом ответственности, предусмотренным договором страхования (на период выполнения Застрахованным лицом служебных (трудовых) обязанностей, на иной определенный период времени, на время нахождения на определенной территории или при условии наступления иных обстоятельств, указанных в договоре страхования).

3.21. Если договором не предусмотрено иное, действие страхования по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, распространяется на 2 (два) страховых случая.

После страховой выплаты по второму страховому случаю действие страхования по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, прекращается.

3.22. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, события, указанные в п.п.3.3.1-3.3.13, 3.3.15-3.3.19 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхования), если они произошли:

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

3.22.2. 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.

3.22.3. 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.

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

3.22.5. 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.

3.22.6. 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.

3.22.7. 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.

3.22.8. 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, квалификации и полномочий.

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

3.22.10. Во время и/или в результате участия Застрахованного лица в качестве биологического объекта экспериментов, клинических исследований и испытаний.

3.22.11. В результате несчастного случая, произошедшего до начала действия договора страхования, или в результате заболевания, впервые выявленного (диагностированного) до начала действия договора страхования). Данное исключение применяется к рискам, указанным в п.3.3.5, 3.3.8, 3.3.11 настоящих Правил.

3.22.12. Во время и/или в результате занятий спортом, за исключением случаев, когда указанные события включены в объем ответственности Страховщика.

3.22.13. 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.

3.22.14. На территории, не являющейся территорией действия договора страхования (территорией страхования).

3.23. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные

риски, события, перечисленные в п.п.3.3.1-3.3.4 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями (исключения из страхования) при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим.

3.24. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, события, перечисленные в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.16 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями (исключения из страхования), если:

3.24.1. Временная утрата трудоспособности связана с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи.

3.24.2. Временная утрата трудоспособности связана с пластическими или косметическим операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора страхования).

3.25. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, события, перечисленные в п.п.3.3.11, 3.3.12, 3.3.17 настоящих Правил (исключения из страхования), также не являются страховыми случаями, если:

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

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

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

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

3.25.5. Госпитализация связана со стерилизацией или искусственным оплодотворением.

3.26. События, перечисленные в п.3.3.13 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями (исключения из страхования), если:

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

3.26.2. 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.

3.27. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, события, указанные в п.3.3.14 настоящих Правил (исключения из страхования), не являются страховыми случаями в случаях:

3.27.1. Если Застрахованное лицо предоставило документы, содержащие заведомо ложные сведения об отсутствии работы и заработка, а также предоставило другие недостоверные данные для признания наступившего события страховым случаем.

3.27.2. Если Застрахованное лицо на момент заключения договора страхования имело письменное уведомление от работодателя об увольнении (прекращении трудового договора) или Застрахованному лицу на момент заключения договора страхования иным образом стало известно о предполагаемом его увольнении или прекращении трудового договора.

3.27.3. Если признание работника непригодным к выполнению работы в соответствии с трудовым договором и выдачи ему соответствующего медицинского заключения об этом (п.3.3.14.5 настоящих Правил) произошло вследствие обстоятельств, связанных с

алкогольным, наркотическим опьянением Застрахованного лица, его умышленных действий, попытки самоубийства.

3.27.4. Застрахованное лицо заключило новый трудовой договор в течение временной франшизы, если по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, в договоре страхования установлена временная франшиза.

3.27.5. Увольнение (прекращение трудового договора) Застрахованного лица произошло по основаниям, не предусмотренным договором страхования.

3.27.6. Увольнение (прекращение трудового договора) Застрахованного лица произошло с нарушением действующего законодательства Российской Федерации или незаконно, в том числе в случае увольнения Застрахованного лица без предварительного уведомления со стороны работодателя.

3.27.7. Увольнение (прекращение трудового договора) произошло в течение испытательного срока.

3.27.8. Увольнение (прекращение трудового договора) произошло в течение периода ожидания, установленного в соответствии с п.3.36 настоящих Правил.

3.27.9. Если Застрахованное лицо после увольнения, прекращения трудового договора не зарегистрировалось в службе занятости в целях поиска подходящей работы в срок, предусмотренный в подпункте «б» пункта 6.2.9 настоящих Правил.

3.27.10. Если инициатором заключения соглашения о расторжении трудового договора является Застрахованное лицо (данное исключение из страхования применяется к событию, указанному в п.3.3.14.10 настоящих Правил).

3.27.11. Если соглашение о расторжении трудового договора было заключено в течение 90 (девяносто) календарных дней с момента заключения договора страхования (данное исключение из страхования применяется к событию, указанному в п.3.3.14.10 настоящих Правил).

3.28. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, события, указанные в п.п.3.3.15-3.3.18 настоящих Правил, также не являются страховыми случаями, если на дату диагностирования у Застрахованного лица инфекционного заболевания, предусмотренного договором страхования, на территории местонахождения Застрахованного лица в связи с данным инфекционным заболеванием объявлено чрезвычайное положение.

3.29. По договорам страхования, не связанным с предоставлением заемщику потребительского кредита (займа), а также по договорам страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащим только дополнительные риски, событие, указанное в п.3.3.19 настоящих Правил, также не является страховым случаем (исключение из страхования), если:

3.29.1. Хирургическая операция связана с беременностью или родами, или абортами, если только ее необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования.

3.29.2. Хирургическая операция связана со стоматологией (лечением, имплантацией, удалением, восстановлением зуба и другими операциями на зубе), если только ее необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования.

3.29.3. Хирургическая операция является пластической и (или) косметической операцией, если только ее необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования.

3.29.4. Хирургическая операция связана с лечением бесплодия или является операцией по смене пола или стерилизацией.

3.29.5. Хирургическая операция проводится без соответствующих медицинских показаний и/или хирургом, не обладающим необходимой квалификацией.

3.29.6. Хирургическая операция относится к операциям экспериментального характера.

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

3.29.8. Хирургическая операция прямо или косвенно связана с заболеванием СПИД.

3.30. По риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 настоящих Правил) не является страховым случаем и не подлежат организации и оплате следующие услуги (исключение из страхования):

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

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

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

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

3.30.5. Психохирургия.

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

3.30.7. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

3.30.8. 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.

3.30.9. Услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем).

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

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

3.30.12. Услуги, оказываемые в связи с хронической лимфоцитарной лейкемией (CLL).

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

3.30.14. 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.

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

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

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

3.30.18. 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.

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

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

3.30.21. 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.

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

3.30.23. 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.

3.30.24. 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.

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

3.30.26. 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.

3.31. По договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, не являются страховыми рисками и страховыми случаями события, которые находятся в прямой причинной связи с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного лица.

3.32. Руководствуясь статьями 963, 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие событий, предусмотренных п.п. 7.3.1, 7.3.2 настоящих Правил.

3.33. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхования, за исключением договоров страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащих только основные страховые риски или комбинацию основных и дополнительных страховых рисков.

3.34. События, указанные в п.п.3.22.3-3.22.13 настоящих Правил, могут быть включены в объем ответственности Страховщика при условии уплаты дополнительного страхового взноса.

3.35. При заключении договора страхования на случай наступления событий, указанных в п.п.3.3.1, 3.3.5, 3.3.8, 3.3.11 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, установление инвалидности, временная утрата трудоспособности или госпитализация произошли в результате несчастного случая.

3.36. При заключении договора страхования на случай наступления событий, указанных в п.п.3.3.1-3.3.20 настоящих Правил, договором страхования может быть предусмотрено установление периода ожидания:

- в отношении рисков, указанных в п.п.3.3.1-3.3.12, 3.3.15-3.3.19 настоящих Правил, это период с начала действия договора страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственность по произошедшим в этот период страховым случаям или несчастным случаям и заболеваниям, приведшим к наступлению страхового случая;

- в отношении рисков, указанных в п.п.3.3.13 и 3.3.20 настоящих Правил, это период с начала действия договора страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственность по диагностированным в этот период критическим заболеваниям, предусмотренным договором страхования.

Если продолжительность периода ожидания по рискам, указанным в п.п.3.3.13, 3.3.20 настоящих Правил, не указана в договоре страхования, период ожидания по указанным рискам составляет 3 (три) месяца со дня вступления в силу договора страхования.

- в отношении риска, указанного в п.3.3.14 настоящих Правил, это период с начала действия договора страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственность по произошедшим в этот период страховым случаям.

3.37. Договором страхования может быть предусмотрено, что действие страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.13, 3.3.15-3.3.17, 3.3.20 настоящих Правил, распространяется на определенное количество страховых случаев.

3.38. Договор страхования может быть заключен на случай наступления рисков, указанных в п.п.3.3.1-3.3.20 настоящих Правил, отдельно или в различной их комбинации.

Договор страхования по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, может быть заключен как в отношении всех событий, предусмотренных п.п.3.3.14.1-3.3.14.11 настоящих Правил, так и отдельных из них.

3.39. Территория действия договора страхования (территория страхования) – все страны мира, 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.

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

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

При этом по договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, страховая сумма устанавливается в размере, равном основной сумме долга по договору потребительского кредита (займа), либо, если число созаемщиков по кредитному договору равно двум и более, – в доле от основной суммы долга по договору потребительского кредита при условии, что общая страховая сумма в отношении всех созаемщиков установлена в размере, равном основной сумме долга по кредитному договору. При расчете размера страховой суммы может учитываться также размер процентов за пользование потребительским кредитом (займом).

4.3. По рискам, указанным в п.п.3.3.1, 3.3.2, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.14 настоящих Правил, договором страхования может быть предусмотрено условие установления снижаемой в течение срока действия договора страхования страховой суммы соразмерно снижению задолженности Страхователя (Застрахованного лица) по кредитному договору (договору займа) согласно графику платежей, предусмотренному кредитным договором (договором займа) на момент его заключения.

Договором страхования, за исключением договора страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, может быть предусмотрен иной порядок изменения страховой суммы в течение срока действия договора страхования.

4.4. Страховая сумма устанавливается на Застрахованное лицо отдельно по каждому страховому риску, включенному в договор страхования из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил (если договором страхования не предусмотрено иное).

При установлении страховой суммы на Застрахованное лицо отдельно по каждому риску (ряду рисков), предусмотренному договором страхования из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил, общая сумма страховых выплат по риску (ряду рисков) в отношении Застрахованного лица не может превышать страховой суммы, установленной договором по данному риску (ряду рисков) в отношении данного Застрахованного лица.

4.5. При установлении страховой суммы на Застрахованное лицо в едином размере по всем рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил, общая сумма страховых выплат по указанным рискам в отношении Застрахованного лица не может превышать страховой суммы, установленной по указанным рискам в отношении данного Застрахованного лица. При страховании членов семьи договором страхования может быть предусмотрено установление общей страховой суммы на всех Застрахованных лиц или на определенную группу Застрахованных лиц.

При установлении страховой суммы на всех Застрахованных лиц или на группу Застрахованных лиц отдельно по каждому риску (ряду рисков), предусмотренному договором страхования из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил, общая сумма страховых выплат по риску (ряду рисков) в отношении всех Застрахованных лиц или группы Застрахованных лиц не может превышать страховой суммы, установленной договором по данному риску (ряду рисков) в отношении всех Застрахованных лиц или группы Застрахованных лиц.

При установлении страховой суммы на всех Застрахованных лиц или на группу Застрахованных лиц в едином размере по всем рискам, предусмотренным договором страхования из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил, общая сумма страховых выплат по указанным рискам в отношении всех Застрахованных лиц или группы Застрахованных лиц не может превышать страховой суммы, установленной по указанным рискам в отношении всех Застрахованных лиц или группы Застрахованных лиц.

4.6. Страховая сумма по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 настоящих Правил) устанавливается на Застрахованное лицо, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, входящих в медицинскую программу.

После осуществления страховой выплаты по риску «лечение критического заболевания» страховая сумма, установленная по данному риску, уменьшается на сумму произведенной выплаты.

4.7. По рискам, указанным в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.11, 3.3.12, 3.3.16, 3.3.17 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 по риску, или максимальный размер страховой выплаты по всем страховым случаям в период действия договора по риску.

Если в договоре страхования по рискам, указанным в п.п. 3.3.8, 3.3.9, 3.3.11, 3.3.12, 3.3.16, 3.3.17 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» пункта 4.7 настоящих Правил (по одному страховому случаю).

4.8. По риску, указанному в п.3.3.10 настоящих Правил, договором страхования могут быть предусмотрены следующие лимиты выплат:

а) максимальное количество дней или максимальный размер страховой выплаты по каждому страховому случаю, связанному с такими повреждениями;

б) максимальное количество дней или максимальный размер страховой выплаты по всем страховым случаям, связанным с такими повреждениями, в период действия договора страхования.

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

а) максимальный размер одной страховой выплаты («лимит на одну страховую выплату») - при ежемесячной страховой выплате;

б) максимальную сумму страховых выплат на каждый страховой случай («лимит на один страховой случай»);

в) максимальное возможное количество выплат в течение периода действия договора страхования («количество выплат в течение договора страхования») - при ежемесячной страховой выплате;

г) максимальное возможное количество выплат на каждый страховой случай («количество выплат на каждый страховой случай») - при ежемесячной страховой выплате.

4.10. По риску, указанному в п.3.3.18 настоящих Правил, договором страхования при установлении общей страховой суммы на всех Застрахованных лиц или на группу Застрахованных лиц может быть предусмотрен лимит выплаты на одно Застрахованное лицо (максимальный размер страховой выплаты на одно Застрахованное лицо по риску).

4.11. По риску, указанному в п.3.3.20 настоящих Правил, договором страхования (медицинской программой) в пределах страховой суммы могут быть установлены лимиты выплат (максимальные суммы страховых выплат) на оплату организации определенных медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям), иные лимиты выплат в соответствии с договором страхования (медицинской программой).

4.12. По согласованию сторон в договоре страхования может быть предусмотрена:

- по рискам, указанным в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11, 3.3.12, 3.3.16, 3.3.17 настоящих Правил, безусловная или условная франшиза;

- по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, временная франшиза.

4.12.1. Безусловная франшиза устанавливается:

а) в днях нетрудоспособности (непрерывного лечения, госпитализации), 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.

4.12.2. Условная франшиза устанавливается:

а) в днях нетрудоспособности (непрерывного лечения, госпитализации). При этом, если количество дней нетрудоспособности (непрерывного лечения, госпитализации) равно или превышает франшизу, выплата производится за все дни нетрудоспособности (непрерывного лечения, госпитализации), начиная с первого дня. Если количество дней нетрудоспособности (непрерывного лечения, госпитализации) 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.

4.12.3. Временная франшиза по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, - период нахождения Застрахованного лица на учете в службе занятости, за который выплаты не производятся. Временная франшиза устанавливается в днях, начиная с даты, следующей за датой регистрации Застрахованного лица в службе занятости. Если в период действия страхования наступает несколько страховых случаев, временная франшиза действует в отношении каждого из них.

4.13. 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, а также порядок определения размера страховой премии при сроке страхования менее или более одного года определяются согласно методике расчета страховых тарифов, утвержденной Страховщиком и направленной в орган страхового надзора в установленном порядке. При назначении конкретных тарифов Страховщик имеет право применять поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

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

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 не является обязательным.

4.15. 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 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.

4.16. 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.

4.17. Если договором страхования не предусмотрено иное, 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 изменении иных условий договора страхования, договор страхования досрочно прекращается со дня, следующего за днем, установленным договором страхования как последний день оплаты страхового взноса.

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.

4.18. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера суммы страховой выплаты вправе зачесть сумму просроченного взноса, если договор не прекращен в соответствии с п.4.17 настоящих Правил.

4.19. 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.5.1, 5.2 настоящих Правил.

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

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

4.21.1. 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.

4.21.2. 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.

4.21.3. При страховании с эквивалентом расчет сумм, подлежащих возврату Страхователю в случае досрочного прекращения действия договора страхования (в том числе 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.

4.21.4. 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. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

При этом 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 лечених, 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 которого 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);

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

- другие сведения, необходимые для идентификации Страхователя, его представителя, бенефициарного владельца Страхователя в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма", главой 2 Положения Банка России от 12.12.2014 N 444-П «Об идентификации некредитными финансовыми организациями клиентов, представителей клиентов, выгодоприобретателей, бенефициарных владельцев в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»).

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

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

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.

5.2. 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 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 или иной форме);

- трудовой договор, контракт (вместе с копиями дополнительных соглашений к нему) Застрахованного лица, трудовая книжка Застрахованного лица, заверенная надлежащим образом, или выписка из трудовой книжки;

- 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;

- другие документы, подтверждающие сведения, указанные в п.5.1 настоящих Правил.

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 документов с использованием Системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) или иных информационных систем.

5.3. После предоставления Страхователем заявления на страхование и необходимых документов Страховщик производит 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.

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 может быть составлен в виде электронного документа (электронного страхового полиса) с учетом особенностей, установленных действующим законодательством.

5.4. 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.5.1 настоящих Правил.

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 момента уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса – при оплате премии в рассрочку).

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

При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов из числа указанных в п.5.2 настоящих Правил в электронном виде на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условия страхования на сайте Страховщика.

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

При заключении договора страхования в электронной форме факт ознакомления Страхователя с Правилами и согласия с их условиями может удостоверяться также соответствующей отметкой, проставляемой Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика. При этом текст Правил является неотъемлемой частью электронного страхового полиса.

5.5. Срок действия договора страхования определяется по соглашению сторон. По договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, срок страхования не может превышать срок действия договора потребительского кредита (займа).

5.6. 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.

5.7. По договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита, содержащему только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие со дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или со дня, следующего за днем уплаты первого страхового взноса – при оплате страховой премии в рассрочку), за исключением случая, когда договором предусмотрено, что страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие до уплаты страховой премии либо ее первого взноса соответственно.

5.8. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- в) в порядке, предусмотренном п.4.17 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.5.9 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;
- з) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.9. В случае досрочного отказа Страхователя – физического лица от договора страхования полностью или в части дополнительных страховых рисков 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:

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

5.9.2. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (если иной срок не предусмотрен действующим законодательством), но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования. Данное положение не распространяется на договоры страхования, заключенные при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа).

5.9.3. В случае если Страхователь отказался от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), в течение 14 календарных дней со дня его заключения (если иной срок не предусмотрен действующим законодательством), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

5.9.4. В случае если Страхователь отказался от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), в части дополнительных страховых рисков в течение 14 календарных дней со дня его заключения, Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии за дополнительные страховые риски в полном объеме.

5.9.5. 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 14 календарных дней со дня заключения договора страхования.

5.9.6. В случае отказа Страхователя от договора страхования в соответствии с п.п.5.9.1, 5.9.2 настоящих Правил, 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.

5.9.7. В случае отказа Страхователя от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), полностью или в части дополнительных страховых рисков, Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии (ее части) в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования полностью или в части дополнительных страховых рисков.

5.10. При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного при предоставлении заемщику потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по кредитному договору (договору займа) Страховщик на основании заявления Страхователя при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, возвращает Страхователю страховую премию, уплаченную Страховщику, за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

Возврат страховой премии (ее части) осуществляется в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя.

5.11. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о 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 о договоре страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита, заключенном на основании настоящих Правил, понимается непредоставление, предоставление неполной или недостоверной информации, указанной в п.п. 1, 2 Указания Банка России от 17.05.2022 г. №6139-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления добровольного страхования жизни и здоровья заемщика по договору потребительского кредита (займа), к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования жизни и здоровья заемщика по договору потребительского кредита (займа), а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации», в форме ключевого информационного документа.

Под непредоставлением, предоставлением неполной или недостоверной информации о договоре страхования, заключенном на основании настоящих Правил (за исключением договоров страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита), понимается непредоставление, предоставление неполной или недостоверной информации, указанной в п.1 Указания Банка России от 29.03.2022 г. №6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления 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.

5.12. В случае отказа от договора страхования 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, копия документа, удостоверяющего личность (при направлении заявления и (или) получении денежной суммы, подлежащей возврату (выкупной суммы) законным представителем Страхователя);
- документ, подтверждающий полное досрочное исполнение обязательств Страхователя по договору потребительского кредита (займа) (при отказе от договора страхования в случае, предусмотренном п.5.10 настоящих Правил);
- 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.

5.13. Если действующим законодательством не предусмотрено иное, в случаях досрочного прекращения и (или) отказа Страхователя от договора страхования, не указанных в п.п.5.9, 5.10, 5.11 настоящих Правил, при условии, что возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит. При этом выкупная сумма равна 0 (нулю).

5.14. В случае, если Страхователь отказался от договора страхования по истечении срока, установленного п.5.9 настоящих Правил, договор страхования прекращается с наиболее поздней из следующих дат: указанная Страхователем в заявлении дата прекращения договора страхования, дата получения заявления Страховщиком.

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

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

5.17. 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.

5.18. 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.

5.19. 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 может взыскать со Страхователя денежную сумму в размере стоимости изготовления полиса.

5.20. 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, обеспечение безопасности персональных данных при их обработке и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных (включая передачу персональных данных в перестраховочную компанию, медицинские организации). 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, а также с использованием средств мгновенного обмена сообщениями (мессенджеров), разрешенных к использованию законодательством Российской Федерации.

Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие и (или) потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части, в т.ч. в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления в адрес Страховщика письменного заявления (в произвольной форме) с указанием реквизитов договора страхования. В случае отзыва согласия Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

5.21. 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.

5.22. 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.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик обязан:

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

6.1.2. Предоставить Страхователю настоящие Правила и (или) дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

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

6.1.4. 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 Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

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

6.1.6. 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 форме и способе осуществления страховой выплаты.

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

6.1.7. При наступлении страховых случаев из числа указанных в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил, произвести страховую выплату в порядке и в сроки, предусмотренные п.7.1 настоящих Правил.

6.1.8. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 настоящих Правил) обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (медицинской программой) согласно п.7.2 настоящих Правил.

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

6.1.10. Соблюдать другие условия настоящих Правил и договора страхования.

6.2. Страхователь обязан:

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

6.2.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию о жизни, деятельности, возрасте и состоянии здоровья Застрахованного(-ых) лица(-х), необходимую для определения степени риска, принимаемого Страховщиком на

страхование, для заключения договора страхования и расчета размера страховой премии по договору страхования в соответствии с п.п.5.1, 5.2 настоящих Правил

6.2.3. 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, 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.

6.2.4. В срок не позднее 15 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 6.2.3 настоящих Правил.

6.2.5. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования.

6.2.6. В течение 30 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая, указанного в п.п.3.3.5-3.3.13, 3.3.15-3.3.17, 3.3.19 настоящих Правил.

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

6.2.7. В течение 30 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.3.3.1-3.3.4, 3.3.18 настоящих Правил.

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

6.2.8. При страховании по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, соблюдать требования трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права.

6.2.9. При увольнении или прекращении трудового договора по основаниям, предусмотренным договором страхования (при страховании по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил):

а) незамедлительно, но в любом случае не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты увольнения или прекращения трудового договора (или в иной срок, предусмотренный договором страхования), уведомить о случившемся Страховщика или его представителя любым доступным в сложившихся обстоятельствах способом (по телефону, факсу, электронной почте, письменным заявлением). В любом случае, телефонное сообщение должно быть подтверждено письменно в течение 3-х (трех) рабочих дней с момента устного сообщения;

б) в течение 10-ти рабочих дней с даты увольнения или прекращения трудового договора зарегистрироваться в службе занятости в целях поиска подходящей работы;

в) принимать все разумные и необходимые меры для заключения нового трудового договора:

- принимать участие в консультациях, организованных службой занятости;
- получать информацию и услуги службы занятости, связанные с профессиональной ориентацией граждан;
- участвовать в профессиональной подготовке, переподготовке и повышении квалификации по направлению службы занятости;
- осуществлять действия по самостоятельному поиску работы;

г) соблюдать сроки и порядок перерегистрации, установленный службой занятости;
 д) предоставить по требованию Страховщика свободный доступ к документам, имеющим значение для определения обстоятельств, характера и размера убытка;

е) в случае устройства на новую работу сообщить об этом Страховщику или его представителю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты заключения нового трудового договора любым доступным способом (по телефону, факсу, электронной почте, письменным заявлением). В любом случае, телефонное сообщение должно быть подтверждено письменно в течение 3-х (трех) рабочих дней с момента устного сообщения;

ж) для принятия Страховщиком решения о признании наступившего события страховым случаем и осуществления страховой выплаты представить в сроки, предусмотренные настоящими Правилами или договором страхования, документы, предусмотренные п.п.7.1.25, 7.1.26 настоящих Правил (при установлении таких сроков).

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

6.3. Страховщик имеет право:

6.3.1. 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.

6.3.2. Запрашивать у Страхователя информацию, имеющую значение для определения степени риска, размера тарифа и заключения договора страхования в соответствии с п.п.5.1, 5.2 настоящих Правил.

6.3.3. 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.

6.3.4. 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.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре (полисе) страхования, в заявлении на страхование или в его письменном запросе.

При этом для договора страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащего только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, 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.

6.3.5. После получения информации об увеличении страхового риска согласно п.6.2.3 настоящих Правил Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной премии соразмерно увеличению риска.

При этом по договору страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), содержащего только основные риски или комбинацию основных и дополнительных рисков, наступление в период действия договора страхования обстоятельств, указанных в абзаце третьем п.6.3.4 настоящих Правил, не влечет за собой последствия увеличения страхового риска, предусмотренные абзацем первым настоящего подпункта.

6.3.6. Запрашивать у Страхователя (Выгодоприобретателя) документы, необходимые для определения факта наступления страхового случая и размера страховых выплат.

6.3.7. Отказать в страховой выплате или отсрочить решение о страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

6.3.8. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 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.

6.3.9. Осуществлять иные действия, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

6.4. Страхователь имеет право:

6.4.1. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.5.19 настоящих Правил.

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

6.4.3. Расторгнуть договор страхования (отказаться от него) с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

6.4.4. Обратиться к Страховщику с письменным заявлением об изменении условий договора страхования (изменение страховой суммы, периодичности уплаты взносов, срока страхования и другие изменения, не противоречащие действующему законодательству).

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

6.4.6. Осуществлять иные действия, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

6.5. Застрахованное лицо имеет право:

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

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

6.5.3. При страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 настоящих Правил) получить медицинскую помощь и иные услуги в объеме и порядке, предусмотренном договором страхования (медицинской программой).

6.6. **Застрахованное лицо обязано** при страховании по риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 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.

6.7. 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, а также с использованием средств мгновенного обмена сообщениями (мессенджеров), разрешенные к использованию законодательством Российской Федерации.

6.8. 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.

6.9. При заключении договоров страхования, Страхователем по которым выступают кредитор или третье лицо, действующее в интересах кредитора, оказывающие услугу или совокупность услуг, в результате оказания которых заемщик потребительского кредита (займа) становится Застрахованным лицом по договору страхования, Страхователь обязан:

6.9.1. В случае полного досрочного исполнения Застрахованным лицом обязательств по договору потребительского кредита (займа) и при условии отсутствия в отношении данного Застрахованного лица событий, имеющих признаки страхового случая, а также при условии, что договор страхования заключен в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), вернуть Застрахованному лицу денежные средства в сумме, равной размеру страховой премии, уплачиваемой Страховщику по договору страхования в отношении данного Застрахованного лица, за вычетом части денежных средств, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого Застрахованное лицо являлось Застрахованным лицом по договору страхования.

Возврат денежных средств производится на основании заявления Застрахованного лица об исключении его из числа Застрахованных лиц по договору страхования в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения Страхователем указанного заявления заемщика.

6.9.2. В случае обращения Застрахованного лица с заявлением об исключении его из числа Застрахованных лиц по договору страхования в течение 14 календарных дней со дня выражения Застрахованным лицом согласия на оказание услуги или совокупности услуг, в результате оказания которых заемщик становится Застрахованным лицом по указанному договору страхования, и при условии отсутствия в отношении данного Застрахованного лица событий, имеющих признаки страхового случая, вернуть Застрахованному лицу страховую премию, уплачиваемую Страховщику по договору страхования в отношении конкретного заемщика, в полном объеме.

Возврат денежных средств производится в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения Страхователем заявления заемщика.

6.10. В случае возврата Страхователем денежных средств Застрахованному лицу в соответствии с положениями п.6.9 настоящих Правил, Страховщик обязан вернуть Страхователю полученную им страховую премию в размере, соответствующем размеру возвращенной Страхователем Застрахованному лицу страховой премии. Если договором не предусмотрено иное, Страховщик осуществляет возврат страховой премии Страхователю в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя с приложением документов, подтверждающих возврат Страхователем денежных средств Застрахованному лицу.

6.11. Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Порядок страховых выплат по страховым рискам, предусмотренным в п.п.3.3.1-3.3.19 настоящих Правил.

7.1.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного в п.п.3.3.1-3.3.4, 3.3.18 настоящих Правил, страховая выплата производится единовременно в размере 100% страховой суммы.

7.1.2. Страховая выплата по рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.7 настоящих Правил, производится единовременно в размере определенного процента от страховой суммы, установленного в договоре страхования по группе инвалидности.

Если в договоре страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.7 настоящих Правил, не указаны размеры выплат по группе инвалидности и договор страхования заключен на

случай установления I и II группы инвалидности или I группы инвалидности, считается, что выплата производится в размере 100% страховой суммы.

Если в договоре страхования по рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.7 настоящих Правил, не указаны размеры выплат по группе инвалидности и договор страхования заключен на случай установления I, II и III групп инвалидности, считается, что выплата производится в следующих размерах (в процентах от страховой суммы): при установлении I группы инвалидности - 90 %, II группы - 75 %, III группы - 50 %.

7.1.3. Страховая выплата по рискам, указанным в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.16 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.

в) за каждый день утраты трудоспособности (здоровья) в размере 1/30 части ежемесячного платежа (аннуитетного платежа), установленного по кредитному договору (договору займа), с учетом франшизы и лимита выплаты, установленных 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 временной утраты трудоспособности (здоровья) и при этом не установлен размер выплаты, считается, что по данному риску установлен вариант выплаты, указанный в подпункте «а» пункта 7.1.3 настоящих Правил, с суточной выплатой за один день временной нетрудоспособности (утраты здоровья) в размере 0,2 % от страховой суммы и лимитом выплаты по одному страховому случаю, равным 100 дням.

Количество дней временной утраты трудоспособности, за которые производится выплата по риску, указанному в п.3.3.16 настоящих Правил, уменьшается на количество дней временной утраты трудоспособности, связанных с нахождением Застрахованного лица на карантине до выявления (диагностирования) инфекционного заболевания, предусмотренного договором страхования.

7.1.4. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в 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 «травма в результате НС» и при этом не указана применяемая Таблица страховых выплат, считается, что по указанному риску предусмотрена Таблица страховых выплат № 1.

7.1.5. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.п.3.3.11, 3.3.12, 3.3.17 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 госпитализации из числа указанных в п.п.3.3.11, 3.3.12, 3.3.17 настоящих Правил, и при этом не установлен размер выплаты, считается, что по данному риску установлен вариант выплаты, указанный в подпункте «а»

пункта 7.1.5 настоящих Правил, с суточной выплатой за один день госпитализации в размере 0,1 % от страховой суммы и лимитом выплаты по одному страховому случаю, равным 30 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, если договором не предусмотрено иное.

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.

7.1.6. Выплата по риску «критическое заболевание» (п.3.3.13 настоящих Правил) производится в размере 100% страховой суммы (если договором не предусмотрен иной размер выплаты) и выплачивается только Застрахованному лицу и только по истечении 30 дней (период выживания) (если иной период не предусмотрен договором страхования) с момента постановки окончательного диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, предусмотренных договором страхования.

Если Застрахованное лицо умирает в течение 30 дней с даты постановки окончательного диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, предусмотренных договором страхования, страховая выплата производится по риску «смерть от любой причины» (п.3.3.1 настоящих Правил) (если риск «смерть от любой причины» предусмотрен договором страхования).

7.1.7. Выплата по риску «инфекционное заболевание» (п.3.3.15 настоящих Правил) производится по одному из следующих вариантов:

а) в размере 100% страховой суммы, установленной по риску «инфекционное заболевание» в случае, если договором страхования установлена отдельная страховая сумма по данному риску;

б) в размере 2 % от страховой суммы (если договором не предусмотрен иной размер выплаты) в случае, если договором страхования установлена страховая сумма в едином размере по всем рискам (ряду рисков), предусмотренным договором страхования.

Размер страховой выплаты устанавливается в договоре страхования.

7.1.8. Страховая выплата при наступлении страхового случая по риску, указанному в п.3.3.19 настоящих Правил, определяется в размере определенного процента от страховой суммы в соответствии с Таблицей страховых выплат при хирургических вмешательствах (Приложение № 5).

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

7.1.10. Если по договору страхования была произведена выплата по риску из числа указанных в п.п.3.3.5-3.3.7 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.

7.1.11. Если в результате одного и того же несчастного случая или заболевания одновременно наступает несколько страховых случаев, 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.

7.1.12. 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.

7.1.13. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.3.3.14 настоящих Правил, осуществляется одним из следующих способов:

7.1.13.1. Ежемесячная страховая выплата в размере среднемесячного дохода за каждый месяц периода нахождения Застрахованного лица на учете в службе занятости в статусе безработного (в пределах лимита на одну страховую выплату, предусмотренного договором страхования).

При этом страховые выплаты по одному страховому случаю производятся с учетом максимального количества выплат, установленного договором страхования, а общий размер страховых выплат по одному страховому случаю не может превышать страховой суммы или лимита, установленного договором страхования.

7.1.13.2. Ежемесячная страховая выплата в размере ежемесячного платежа по кредитному договору за каждый месяц периода нахождения Застрахованного лица на учете в службе занятости в статусе безработного (в пределах лимита на одну страховую выплату, установленного договором страхования).

При этом страховые выплаты по одному страховому случаю производятся с учетом максимального количества выплат, установленного договором страхования, а общий размер страховых выплат по одному страховому случаю не может превышать страховой суммы или лимита, установленного договором страхования.

7.1.13.3. Ежемесячная страховая выплата в размере 1/30 от размера ежемесячного платежа по кредитному договору за каждый день периода нахождения Застрахованного лица на учете в службе занятости в статусе безработного (в пределах лимита на одну страховую выплату, установленного договором страхования).

При этом страховые выплаты по одному страховому случаю производятся с учетом максимального количества выплат, установленного договором страхования, а общий размер страховых выплат по одному страховому случаю не может превышать страховой суммы или лимита, установленного договором страхования.

7.1.13.4. Единовременная страховая выплата в размере определенного договором страхования количества платежей по кредитному договору. В случае, если до окончания срока погашения задолженности по кредитному договору остается меньше ежемесячных платежей, чем определено договором страхования в качестве страховой выплаты, то выплата осуществляется исходя из фактического количества оставшихся ежемесячных платежей до полного погашения задолженности по кредитному договору.

При этом общий размер страховых выплат по одному страховому случаю не может превышать страховой суммы или лимита возмещения, установленного договором страхования.

Стороны вправе предусмотреть в договоре страхования иной порядок страховой выплаты.

7.1.14. Страховая выплата при наступлении страхового случая, предусмотренного в п.3.3.14 настоящих Правил, осуществляется с учетом следующих положений:

7.1.14.1. Среднемесячный доход, предусмотренный п.7.1.13.1 настоящих Правил, исчисляется исходя из доходов, полученных за последние 3 (три) месяца, предшествующих расторжению трудового договора (если договором не предусмотрен иной срок), уменьшенных на сумму уплаченных налогов на доходы физических лиц. При этом не учитываются выплаты единовременного характера, в частности компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении.

7.1.14.2. Если договором страхования по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, предусмотрена временная франшиза, то дни, приходящиеся на временную франшизу, не учитываются при расчете страховой выплаты.

7.1.14.3. Страховые выплаты, произведенные в связи с прекращением одного трудового договора, рассматриваются как один страховой случай.

7.1.14.4. Страховые выплаты прекращаются (в случае наступления хотя бы одного из перечисленных событий):

- в случае, если Застрахованное лицо снято с регистрационного учета в службе занятости в установленном порядке;
- в случае, если Застрахованное лицо заключило трудовой договор или иным установленным законодательством образом возобновило свою трудовую деятельность;
- в случае, если задолженность по кредитному договору погашена. Данное положение применяется, если страховая выплата определяется одним из способов, указанных в п.п.7.1.13.2-7.1.13.4 настоящих Правил, или иным определенным договором страхования способом, если страховая выплата связана с платежами по кредитному договору).

7.1.14.5. Общий размер выплат по страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, не может превышать страховой суммы, установленной договором страхования по данному риску.

7.1.15. Страховая выплата производится:

7.1.15.1. По рискам, указанным в п.п.3.3.1-3.3.4, 3.3.18 настоящих Правил - 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 выплата выплачивается им в долях или в порядке, указанном Страхователем (Застрахованным лицом), или в равных долях, если такого распоряжения не было.

7.1.15.2. По рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.17, 3.3.19 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.

7.1.16. Страховая выплата 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.

7.1.17. Выплата может быть произведена законному представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

7.1.18. Для принятия решения о страховой выплате по рискам, указанным в п.п.3.3.1-3.3.4, 3.3.18 настоящих Правил, Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:

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

7.1.18.2. Оригинал или копию договора страхования (страховой полис), документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов).

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

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

- 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), посмертный эпикриз);

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

- другой документ (по требованию Страховщика), достоверно свидетельствующий 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);

- медицинскую карту либо выписку из медицинской карты (истории болезни) Застрахованного лица (за прошедший срок действия договора страхования и за последние 5 (пять) лет, предшествующих дате заключения договора страхования), содержащие информацию об имевшихся у Застрахованного лица до начала действия договора страхования 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.

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

7.1.18.6. Наследники Выгодоприобретателя (в случае смерти Выгодоприобретателя, не успевшего получить причитающуюся ему выплату) дополнительно к документам, указанным в п.п.7.1.18.1-7.1.18.4 настоящих Правил, предоставляют:

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

- свидетельство ЗАГСа о смерти Выгодоприобретателя (оригиналы или нотариально заверенные копии);

- 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).

7.1.18.7. Справку либо иной документ кредитной организации о размере задолженности по кредитному договору (договору займа), копию кредитного договора, договора займа (по требованию Страховщика).

7.1.18.8. 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.

7.1.18.9. 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).

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

7.1.19. Для принятия решения о страховой выплате по рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.12, 3.3.16, 3.3.17 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

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

7.1.19.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов).

7.1.19.3. Справку или иной документ из лечебного учреждения, оказавшего первую медицинскую помощь и/или проводившего лечение либо установившего характер повреждений (предоставляется по рискам, указанным в п.п.3.3.5-3.3.12 настоящих Правил), справка или иные документы из лечебного учреждения, диагностировавшего инфекционное заболевание и (или) проводившего лечение с указанием диагноза, даты первичной

диагностики, проведенных исследований, лечения и сроков лечения (предоставляется по рискам, указанным в п.п.3.3.16, 3.3.17 настоящих Правил).

7.1.19.4. 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.

7.1.19.5. Листок нетрудоспособности, справку или иной документ, удостоверяющий факт временной нетрудоспособности или временного расстройства здоровья Застрахованного лица и ее продолжительность (предоставляется по рискам, указанным в п.п.3.3.8, 3.3.9, 3.3.16 настоящих Правил, по другим рискам – по требованию Страховщика).

7.1.19.6. При наступлении страхового случая, указанного в п.п.3.3.5-3.3.7 настоящих Правил, также предоставляются:

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

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

7.1.19.7. При наступлении страхового случая, указанного в п.п.3.3.11, 3.3.12, 3.3.17 настоящих Правил, также предоставляется:

- 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.

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

7.1.19.9. Документ, подтверждающий, что на момент события, приведшего к наступлению страхового случая, Застрахованное лицо относилось к указанной в договоре страхования категории лиц или находилось на определенной территории, в определенный период времени или в определенных обстоятельствах, предусмотренных договором страхования (по требованию Страховщика).

7.1.19.10. Справку либо иной документ кредитной организации о размере задолженности по кредитному договору (договору займа), кредитный договор, договор займа (по требованию Страховщика).

7.1.19.11. 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.

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

7.1.19.13. 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.

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

7.1.20. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.13 настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены следующие документы:

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

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

7.1.20.3. 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.7.1.23 настоящих Правил и в предусмотренном договором страхования Перечне критических заболеваний для соответствующего заболевания.

7.1.20.4. 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.7.1.23 настоящих Правил и в предусмотренном договором страхования Перечне критических заболеваний для соответствующего заболевания.

7.1.20.5. Выписка из амбулаторной или 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 до заключения договора страхования заболеваниях. При этом Страховщик оставляет за собой право запросить выписку за иной период.

7.1.20.6. 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.

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

7.1.20.8. 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.

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

7.1.21. Для решения вопроса о выплате по риску, указанному в п.3.3.15 настоящих Правил, Страховщику должны быть представлены следующие документы:

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

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

7.1.21.3. Справка или иной документ из лечебного учреждения, диагностировавшего инфекционное заболевание и (или) проводившего лечение с указанием диагноза, даты первичного диагностирования, проведенных исследований, лечения и сроков лечения.

Документы, предусмотренные настоящим подпунктом, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.7.1.23 настоящих Правил.

7.1.21.4. Данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз.

Документы, предусмотренные настоящим подпунктом, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.7.1.23 настоящих Правил.

7.1.21.5. Выписка из амбулаторной или 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 до заключения договора страхования заболеваниях. При этом Страховщик оставляет за собой право запросить выписку за иной период.

7.1.21.6. 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.

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

7.1.21.8. 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.

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

7.1.22. Для принятия решения о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.19 настоящих Правил, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику следующие документы:

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

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

7.1.22.3. 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 (если несчастный случай произошел 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).

7.1.22.4. 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.

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

7.1.22.6. 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.

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

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

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

7.1.23.2. 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.

7.1.23.3. 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:

7.1.23.4. 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.

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

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

7.1.24. В случае, если событие, имеющее признаки страхового случая, произошло не на территории Российской Федерации, предоставляются аналогичные документы, выданные в стране, на территории которой произошло событие, соответствующими компетентными органами, а также учреждениями (организациями) и физическими лицами, в ведении которых находится предоставление таких документов.

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми случаями, должны быть составлены на русском языке или предоставлены с нотариально заверенной копией перевода на русский язык, подготовленного специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

7.1.25. Для принятия Страховщиком решения о признании наступившего события страховым случаем и о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, Застрахованное лицо, должно предоставить Страховщику следующие документы:

7.1.25.1. Оригинал Заявления о выплате страхового возмещения (с указанием или приложением полных банковских реквизитов).

7.1.25.2. Оригинал или копию договора страхования (страхового полиса), документы, подтверждающие оплату страховой премии (страховых взносов).

7.1.25.3. Копию трудовой книжки (все заполненные страницы), заверенную надлежащим образом.

7.1.25.4. Копию трудового договора (контракта) с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями).

7.1.25.5. Справку, выданную учреждением службы занятости, подтверждающую регистрацию Застрахованного лица в качестве безработного в службе занятости на дату, определенную договором страхования, с указанием даты постановки на регистрационный учет.

7.1.25.6. Документ, подтверждающий размер доходов Застрахованного лица за три последних перед увольнением месяца или за иной срок, предусмотренный договором (справку по форме 2-НДФЛ или иной форме) – по требованию Страховщика.

7.1.25.7. Справку либо иной документ кредитной организации о размере задолженности по кредитному договору (договору займа), копию кредитного договора, договора займа (по требованию Страховщика).

7.1.25.8. Копию решения суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и разрешении его в судебном порядке.

7.1.25.9. Копию уведомления об увольнении, сделанного работодателем (при расторжении трудового договора по основаниям, предусмотренным п.п.3.3.14.1, 3.3.14.2, 3.3.14.8 настоящих Правил).

7.1.25.10. Свидетельство 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).

7.1.25.11. При расторжении трудового договора по основанию, указанному в п.3.3.14.10 настоящих Правил, также:

- копию соглашения о расторжении трудового договора, заверенную работодателем;
- справку от работодателя о выплате компенсации Застрахованному лицу в рамках процедуры расторжения трудового договора в размере определенного количества ежемесячных зарплат с указанием размера компенсации.

7.1.25.12. 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.

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

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

При ежемесячной страховой выплате Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику указанные в настоящем подпункте документы не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты его увольнения (прекращения трудового договора) или в иной срок, предусмотренный договором страхования.

7.1.26. Для принятия Страховщиком решения об очередной страховой выплате (при ежемесячной страховой выплате) по риску, указанному в п.3.3.14 настоящих Правил, Застрахованное лицо в срок, предусмотренный договором страхования, должно предоставить Страховщику документы, предусмотренные п.п.7.1.25.1, 7.1.25.5, 7.1.25.7, 7.1.25.10, 7.1.25.12, 7.1.25.13 настоящих Правил.

7.1.27. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанных в п.п.7.1.18-7.1.23, 7.1.25, 7.1.26 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме, чем установлена настоящими Правилами, или принять иные документы взамен указанных.

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.

7.1.28. При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения (информацию), связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, медицинских учреждений, службы занятости 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 вышеуказанных информационных систем, оригиналы или нотариально заверенные копии документов, подтверждающие проверенные сведения, предоставляются по требованию Страховщика.

7.1.29. 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.

7.1.30. Страховщик производит 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 банковских дней, если иное не предусмотрено условиями договора, с момента получения Страховщиком последнего из всех запрошенных и надлежащим образом оформленных документов, необходимых для принятия Страховщиком решения о выплате.

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.

Страховая выплата производится в денежной форме, по безналичному расчёту.

7.1.31. Страховщик принимает решение о страховой выплате по риску, указанному в п.3.3.13 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.3.3.13 настоящих Правил, не производится.

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 квалифицированным 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.

7.1.32. 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 руководствуется положениями, предусмотренными п.7.1.29 настоящих Правил.

7.1.33. Если страховая выплата, отказ в страховой выплате или изменение размера выплаты 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 (девяносто) 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).

7.2. Порядок страховых выплат по страховому риску «лечение критического заболевания» (п.3.3.20 настоящих Правил):

7.2.1. 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.3.3.20 настоящих Правил).

7.2.2. 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.3.3.20 настоящих Правил).

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

7.2.3.1. 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 заключении 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.

7.2.3.2. 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).

7.2.3.3. 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.

7.2.4. 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.

7.2.5. 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).

7.2.6. 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.7.2.6 настоящих Правил, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.7.1.23 настоящих Правил.

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанный в п.7.2.6 настоящих Правил, а также принять или запросить документы в иной форме, чем установлена настоящими Правилами, или принять иные документы взамен указанных.

7.2.7. 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).

7.2.8. 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.7.2.7 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.

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

7.2.10. При условии предварительного письменного согласования со Страховщиком для получения страховой выплаты в случае, предусмотренном п.7.2.9 настоящих Правил,

Страховщику представляются документы, указанные в п.7.2.6 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).

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.

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.

7.2.11. При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения (информацию), связанные со страховым случаем, указанные в п.7.2.6 и п.7.2.10 настоящих Правил, у правоохранительных органов, медицинских учреждений, службы занятости 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 вышеуказанных информационных систем, оригиналы или нотариально заверенные копии документов, подтверждающие проверенные сведения, предоставляются по требованию Страховщика.

7.2.12. При предоставлении документов согласно п.7.2.10 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.

7.2.13. В случае, предусмотренном п.7.2.9 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.

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 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.

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

7.3.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя.

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.

7.3.2. Если договором не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

7.3.2.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

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

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

7.3.3. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо/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.

7.3.4. 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. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

7.4. Налогообложение при страховой выплате производится в соответствии со ст. 213 Налогового Кодекса Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. 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.

8.2. 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).