



**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ  
СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

**1.1. Субъекты страхования.**

**1.1.1. Страховщик** – АО «Гута-Страхование», осуществляющее страховую деятельность на основании лицензии, выданной Банком России, осуществляющим надзор за страховой деятельностью в Российской Федерации (далее - РФ).

**1.1.2. Стражователи** – юридические лица, дееспособные физические лица и дееспособные физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуального предпринимателя, заключившие со Страховщиком договор страхования.

**1.1.3. Застрахованный** – физическое лицо возрастом не старше 80 лет на момент заключения договора, в пользу которого заключён договор страхования.

**1.1.4. Выгодоприобретатель** – физическое или юридическое лицо, названное с письменного согласия Застрахованного в договоре страхования в качестве получателя страхового обеспечения.

**1.2. Основные понятия, используемые в рамках настоящих Правил страхования:**

**1.2.1. Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

**1.2.2. Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному или Выгодоприобретателю.

**1.2.3. Страховая сумма** – определенная договором денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии и страхового обеспечения.

**1.2.4. Страховая премия (страховой взнос)** – плата за страхование, которую Стражователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

**1.2.5. Страховое обеспечение (страховое возмещение)** – денежная сумма, в пределах установленной договором страхования страховой суммы, которую Страховщик в соответствии с договором страхования должен выплатить Застрахованному или Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

**1.2.6. Несчастный случай** - необычное, непредвиденное, специфическое событие, которое происходит в определенный момент времени и определенном месте и влечет ущерб здоровью Застрахованного в виде повреждения органов и тканей или его непроизвольную смерть в результате внешнего, насильственного, внезапного и неподконтрольного жертве воздействия включая, но не ограничивая: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; солнечный удар; нападение злоумышленников или животных; падение предметов на Застрахованного; падение самого Застрахованного; утопление; удушение; попадание в

дыхательные

пути

инородного тела или жидкостей; анафилактический шок; острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, лекарствами, ядовитыми газами; пищевая токсикоинфекция; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; неправильные медицинские манипуляции; ожоги; отморожения; воздействие высоких или низких температур, химических веществ; укус или иное повреждение нанесённое животными или насекомыми; заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), полиомиелитом; внemаточная беременность или патологические роды.

К неправильным медицинским манипуляциям относятся манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к следующим негативным последствиям для Застрахованного лица: ушибу головного, спинного мозга, внутренних органов, перелому, вывиху костей, ранению, разрыву, ожогу, отморожению, поражению электричеством, сдавлению, полной или частичной потере органа.

**1.2.7. Болезнь** - заболевание, впервые диагностированное квалифицированным врачом у Застрахованного в течение действия договора страхования, либо обострение имеющегося заболевания.

**1.2.8. Временная нетрудоспособность** - неспособность Застрахованного вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором (контрактом).

**1.2.9. Ребенок-инвалид** – лицо, которому установлена категория «ребенок-инвалид», в возрасте от 6 месяцев до 18 лет.

**1.2.10. Госпитализация** - помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования или плановой операции; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

**1.2.11. Профессиональная трудоспособность** - способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии.

**1.2.12. Франшиза** - предусмотренная условиями страхования неоплачиваемая страховщиком часть страхового обеспечения.

Условная франшиза подразумевает, что если убыток по страховому случаю не превысил размера оговоренной франшизы, то страховщик по такому убыtkу не выплачивает. В том случае если убыток превысил размер франшизы, то такой убыток возмещается полностью.

Безусловная франшиза — это часть убытка, не подлежащая возмещению страховщиком и вычитаемая при расчете страхового возмещения, подлежащего выплате страхователю, из общей суммы возмещения.

**1.2.13. Хирургическая операция** – медицинская процедура, осуществляемая квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами механического и/или лазерного воздействия на органы и ткани (надреза / разреза / вскрытия / удаления и т.д.) Застрахованного, вызванное несчастным случаем или заболеванием и необходимое Застрахованному по жизненным показаниям.

**1.2.14. Критическое заболевание** - болезнь, указанная в «Таблице критических заболеваний» (приложение 4 к настоящим Правилам), являющееся неотъемлемой частью договора страхования, характеризующуюся первичным установлением в период действия договора страхования диагноза, а также наличием диагностических признаков, соответствующих указанным в «Таблице критических заболеваний».

Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одномоментное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в «Таблице критических заболеваний» в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием.

**1.3.** На основании настоящих правил страхования (далее по тексту - Правила) и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту - Договор) со Страхователями.

## **2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.**

**2.1.** Объектами страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного.

## **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.**

**3.1** Страхование по настоящим Правилам производится на случай наступления следующих событий с ограничениями, установленными пунктами 4.1- 4.6 настоящих правил, (страховых рисков):

**3.1.1.** вред, причиненный здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, произшедшего с Застрахованным в период страхования, и потребовавший оказание Застрахованному медицинской помощи

**3.1.2.** установление Застрахованному инвалидности и степени инвалидности или категории «ребенок-инвалид» в связи с вредом, причиненным здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, произшедшего с Застрахованным в период страхования. Конкретным договором страхования может быть установлено, что страховым случаем является установление инвалидности определённых групп и/или степеней инвалидности;

**3.1.3.** смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произшедшего с Застрахованным в период страхования;

**3.1.4.** вред, причиненный здоровью Застрахованного по причинам иным, чем несчастный случай, произошедшим с Застрахованным в период страхования, и приведшим к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного или к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного (пенсионера, ребенка, студента и т.д.), сопровождавшихся регулярным осмотром по назначению врача;

**3.1.5.** установление Застрахованному инвалидности и степени инвалидности или категории «ребенок-инвалид» в связи с вредом, причиненным здоровью Застрахованного в период страхования по причинам иным, чем несчастный случай. Конкретным договором страхования может быть установлено, что страховым случаем является установление инвалидности определённых групп и/или степеней инвалидности;

**3.1.6.** смерть Застрахованного по причинам, иным, чем несчастный случай, произошедшим с Застрахованным в период страхования;

**3.1.7.** временная нетрудоспособность Застрахованного или установление ему инвалидности вследствие профессионального заболевания, а также смерть Застрахованного вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора. Порядок установления инвалидности и профессионального заболевания определяется законами и иными нормативными документами Российской Федерации;

**3.1.8.** госпитализация Застрахованного вследствие болезни или несчастного случая;

**3.1.9.** установление постоянной утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая и/или по причинам иным, чем несчастный случай, установленной Застрахованному в период страхования (признание негодным к продолжению

выполнения профессиональной деятельности, указанной в договоре страхования того же содержания и в том же объеме, которые предшествовали её утрате);

**3.1.10.** проведение Застрахованному хирургической операции, при этом болезнь, потребовавшая хирургического лечения, должна быть впервые диагностирована в течение срока страхования. Перечень хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в «Таблице выплат страхового обеспечения при хирургических вмешательствах» (приложение 3 к настоящим Правилам).

Проведение Застрахованному определенных хирургических операций признается страховым случаем, если операция необходима Застрахованному по жизненным показаниям, и если данное событие наступило вследствие несчастного случая или заболевания, впервые возникшего в период действия договора страхования;

**3.1.11.** возникновение у Застрахованного критического заболевания, предусмотренного и определенного в соответствии с «Таблицей критических заболеваний, впервые диагностированного в период действия договора».

При этом для признания события страховым случаем первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания в период действия договора страхования должно произойти не ранее истечения временного периода, величина которого составляет 30 календарных дней с начала срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

**3.2.** События, предусмотренные пунктами 3.1.2., 3.1.3., 3.1.5. и 3.1.6. настоящих Правил и явившиеся следствием несчастного случая или причин иных, чем несчастный случай, произошедших в период страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня несчастного случая или причин иных, чем несчастный случай.

**3.3.** Установление инвалидности или смерть в течение года вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора, также признаются страховыми случаями.

**3.4.** Договор заключается на случай наступления одного или нескольких событий из указанных в пунктах 3.1.1. – 3.1.11. настоящих Правил, однако, событие, указанное в пункте 3.1.4. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.1. настоящих Правил, событие, указанное в пункте 3.1.5. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.2. настоящих Правил, а событие, указанное в пункте 3.1.6. настоящих Правил, не может быть включено в условия договора без включения события, указанного в пункте 3.1.3. настоящих Правил.

**3.5.** Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, (страховой риск) с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах определенной в договоре страховой суммы.

Обязанность Страховщика по выплате страхового обеспечения возникает в том случае, когда Страхователем выполнены все обязанности по договору страхования и отсутствуют основания для отказа или освобождения от выплаты страхового обеспечения.

#### **4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ.**

**4.1.** Не входят в состав страховых рисков и не застрахованы события, указанные в пункте 3.1. настоящих правил, произошедшие при следующих обстоятельствах:

а) при совершении умышленных действий, направленных на наступление страхового случая, Застрахованным, Страхователем или лицом, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем, а также лиц, действующих по их поручению;

б) совершения Застрахованным уголовного преступления или административного правонарушения, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового;

в) нахождение Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения равно как и нахождение Застрахованного под действием лекарственных препаратов или веществ, применение которых произошло без предписания врача, или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки, равно как и при видах деятельности описанных в инструкциях по применению таких препаратов или веществ (в том числе управление транспортом, механизмами и т.п.) при которых их употребление не рекомендовано или при приёме таких препаратов или веществ осуществление таких видов деятельности не рекомендовано);

г) управление Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;

д) управление Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения равно как и нахождение Застрахованного под действием лекарственных препаратов или веществ, применение которых произошло без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки, равно как и при видах деятельности описанных в инструкциях по применению таких препаратов или веществ (в том числе управление транспортом, механизмами и т.п.) при которых их употребление не рекомендовано или при приёме таких препаратов или веществ осуществление таких видов деятельности не рекомендовано) или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии опьянения или воздействия препаратов описанных в настоящем подпункте выше;

е) самоубийство Застрахованного (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет). Исключение составляют случаи доведения Застрахованного до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц;

ж) действие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

з) военные действия, их последствия, гражданские, военные перевороты, народные волнения, а также во время прохождения Застрахованым военной службы, участия в военных сборах и учениях;

и) полет Застрахованного на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

к) занятие Застрахованным опасными видами спорта в соответствии с Перечнем опасных видов спорта (приложение 5 к настоящим Правилам);

л) болезнь Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. Случаи заражения застрахованного ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми.

м) болезнь равно как госпитализация в связи с болезнью, диагностированной у Застрахованного (о наличии которого Застрахованному известно) на дату заключения Договора или наличие которой заподозрено и застрахованному назначены соответствующие обследования и/или диагностические исследования для подтверждения наличия такой болезни;

н) выдача застрахованному листка о временной нетрудоспособности в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности вследствие беременности или ее прерывания, лечение зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

п) случаи госпитализации, связанные с беременностью и родами,.abortами, лечением зубов, с пластическими или косметическим операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

р) пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и органов грудной полости).

**4.2.** Не входят в состав страховых рисков и не застрахованы события, указанные в п.3.1. настоящих Правил, если Застрахованный по Договору, предусматривающему выплату страхового обеспечения в связи со смертью или установлением инвалидности по причинам, иным, чем несчастный случай, умер или ему была установлена инвалидность от следующих заболеваний, по поводу которых он в течение 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора в силу, обращался за медицинской помощью или состоял на диспансерном или ином учете в лечебном учреждении: заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертония, врожденные пороки сердца, ревматизм, аневризмы сердца и сосудов, коронарно-артериальные заболевания, кардиосклероз с явлениями недостаточности кровообращения); заболевания нервной системы (цереброваскулярные заболевания, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера); заболевания дыхательной системы (астма, хронические заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью, туберкулез легких); злокачественные заболевания любой локализации; цирроз печени; заболевания почек (нефрит, нефроз); сахарный диабет; неспецифический язвенный колит; если иное не предусмотрено Договором.

При пролонгации Договора, заключенного на срок не менее одного года, на прежних условиях, данное исключение теряет силу.

**4.3.** Не входят в состав страховых рисков и не застрахованы события, указанные в п.3.1. настоящих Правил, если Застрахованный по Договору, в условия которого включено событие, указанное в пункте 3.1.7. настоящих Правил, был госпитализирован в связи с заболеванием, по поводу которого он в течение 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора в силу, обращался за медицинской помощью или состоял на диспансерном или ином учете в лечебном учреждении, а также в связи со следующими заболеваниями: хроническое (включая случаи обострения); профессиональное; инфекционное, передаваемое преимущественно половым путем; онкологическое; психическое, включая наркоманию и алкоголизм; врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни; системные заболевания соединительной ткани; псориаз, нейродермиты, экземы; микозы; сахарный диабет; заболевания, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими и токсическими веществами; заболевания крови.

**4.4.** Не входят в состав страховых рисков и не застрахованы события, указанные в п.3.1 настоящих Правил, если Страхователь (Застрахованный):

а) при заключении договора страхования сообщил заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного на момент заключения Договора или на момент изменения условий Договора, и нарушения в состоянии здоровья, в отношении которых сообщены такого рода сведения, явились причиной или способствовали наступлению события, имеющего признаки страхового;

б) не сообщил об изменении рода занятий Застрахованного (включая занятие видами спорта), если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового;

**4.5.** Если Застрахованный отказывается от проведения дополнительного медицинского обследования либо обследования в ходе производства экспертизы, не выполнил обязанности по п.8.6.1 Страховщик, в соответствии с п.2. ст.328 Гражданского Кодекса Российской Федерации приостанавливает исполнение своего обязательства полностью или частично (производит выплату в неоспариваемой части), либо вправе отказаться от исполнения обязательства по договору страхования, если полученные

Страховщиком сведения не позволяют ему сделать однозначный вывод о факте наступления страхового случая, а так же причинах и механизме его наступления и/или об объеме страхового обеспечения, подлежащего выплате.

**4.6.** Заключением договора страхования на основании настоящих Правил стороны пришли к соглашению, что, если Страхователем (Застрахованным) не предоставлены документы, предусмотренные настоящими Правилами и заключённым договором страхования в том числе необходимые для установления факта, причин и обстоятельств события, произошедшего с Застрахованным, что не позволяет однозначно квалифицировать такое событие как страховой случай (п.п.д), п. 10.6, 10.7 настоящих правил):

а) в течение 6 месяцев после запроса Страховщика;

б) в течение 10 месяцев после окончания лечения или завершения острой стадии заболевания, - то по истечении указанных сроков обязательства страховщика по выплате страхового возмещения в отношении конкретного заявленного события являются прекращенными.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.**

**5.1.** Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

**5.2.** В пределах общей страховой суммы по Договору могут отдельно устанавливаться лимиты ответственности Страховщика по каждому страховому случаю и/или страховому риску.

**5.2.1.** При заключении договора страхования в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску) может указываться в договоре страхования, если они одинаковые, или в Списке Застрахованных лиц, если они отличаются.

**5.2.2.** Если страхованию подлежат все работники Страхователя или все физические лица какой-либо определенной категории, Список Застрахованных лиц может не оформляться, а численность Застрахованных лиц, если иное не определено в договоре страхования, устанавливается в соответствии с их фактической численностью на день подачи Страхователем Заявления о страховании и указывается в нём. В этом случае размер страховой суммы, устанавливаемой в отношении каждого Застрахованного лица (в случае необходимости, отдельно по каждому страховому риску), указывается в договоре страхования.

**5.2.3.** Если объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью застрахованных пассажиров и водителя транспортного средства, страховая сумма является агрегатной и устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

Договор страхования по соглашению Страхователя и Страховщика может быть заключен:

- по «системе мест»;
- по «паушальной системе».

**5.2.3.1.** При заключении договора страхования «по системе мест» страховая сумма устанавливается в одинаковом размере, в расчете на каждое место в транспортном средстве, на котором может находиться Застрахованное лицо (водитель, пассажир). Количество таких мест («застрахованных мест») не может превышать максимального количества посадочных мест в транспортном средстве в соответствии с нормативами, установленными заводом-изготовителем и указанными в паспорте транспортного средства.

**5.2.3.2.** При заключении договора страхования “по паушальной системе” устанавливается общий размер страховой суммы для всех Застрахованных лиц. Численность Застрахованных лиц не может превышать допустимого количества посадочных мест в транспортном средстве, в соответствии с нормативами, установленными заводом - изготовителем. Размер страховой суммы для каждого из Застрахованных лиц определяется в

виде доли от общей страховой суммы. При этом размер страховой суммы для Застрахованного лица определяется после наступления страхового случая и составляет (размер страхового возмещения ограничивается), если иное не оговорено в договоре страхования:

- 40 % общей страховой суммы, если пострадало одно Застрахованное лицо;
- 35 % общей страховой суммы, если пострадали два Застрахованных лица;
- 30 % общей страховой суммы, если пострадали три Застрахованных лица;
- долю общей страховой суммы в процентах, составляющую результат, полученный от деления 100 % общей страховой суммы на общее число пострадавших – если пострадали четыре и более Застрахованных лица.

**5.3.** Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в период действия Договора увеличить страховую сумму путем заключения дополнительного соглашения к Договору и уплаты дополнительной страховой премии, при расчёте дополнительной страховой премии неполный месяц считается за полный.

**5.4.** Страховая сумма устанавливается в российских рублях или в иностранной валюте.

**5.5.** Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы.

**5.6.** Размер страховой премии (страхового взноса) исчисляется в зависимости от размера страховой суммы, страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование, срока страхования, страхового тарифа и поправочных коэффициентов, учитывающих конкретные условия страхования.

**5.7.** Страховая премия по Договору может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку наличными деньгами или безналичным платежом.

**5.8.** Если Договором не установлено иное, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

а) дата поступления денежных средств в кассу Страховщика или представителю Страховщика при уплате наличными деньгами;

б) дата поступления суммы денежных средств на счет Страховщика в банке при безналичных расчётах.

**5.9.** При страховании на срок более одного месяца, но менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера (при этом неполный месяц принимается за полный): за 1 месяц – 20%; за 2 месяца – 30%; за 3 месяца – 40%; за 4 месяца – 50%; за 5 месяцев – 60%; за 6 месяцев – 70%; за 7 месяцев – 75%; за 8 месяцев – 80%; за 9 месяцев – 85%; за 10 месяцев – 90%; за 11 месяцев – 95%.

**5.10.** Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в той же валюте, в которой установлена страховая сумма. При установлении в договоре страхования страховой суммы и страховой премии в иностранной валюте страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату платежа, если иное не предусмотрено Договором.

**5.11.** Все события, на случай наступления которых, заключен Договор страхования, произошедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем установленным в качестве даты оплаты страховой премии до 24 часов 00 минут дня фактической оплаты страховой премии, не являются страховыми случаями. Срок действия Договора страхования при этом не продлевается.

**5.12.** При неуплате Страхователем очередного взноса страховой премии в установленные договором страхования размере и сроки Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

В случае, если в течение 5 рабочих дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по оплате очередного страхового взноса, договор считается расторгнутым с даты, установленной для оплаты этого взноса. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

Если на дату наступления страхового случая страховая премия за весь период действия договора страхования оплачена не полностью, Страховщик вычитает сумму просроченных взносов из суммы страхового возмещения.

**5.13.** При поступлении на расчетный счет или в кассу Страховщика денежных средств в счет оплаты очередного страхового взноса (или его части, если оплата взноса была произведена не в полном объеме), оплата которого была просрочена относительно сроков, установленных п. 5.12 настоящих Правил, эти денежные средства считаются оплаченными ошибочно и подлежат возврату лицу, оплатившему страховой взнос.

Досрочное прекращение Договора страхования по причине несвоевременной оплаты страхового взноса Страхователем рассматривается как санкция за нарушение Страхователем принятых на себя обязательств по Договору страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неисполнения обязательств по оплате очередного взноса страховой премии:

- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам (пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы);
- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия.

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

**6.1.** Договор может быть заключен в пользу самого Страхователя или другого лица, названного в Договоре. Если такое лицо в Договоре не названо, то договор считается заключенным в пользу Застрахованных лиц. Договор в пользу лиц, не являющихся Застрахованными, в том числе в пользу Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованных лиц.

**6.2.** Застрахованный, названный в Договоре, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

**6.3.** По Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении в жизни Застрахованного обусловленного Договором страхового случая выплатить страховое обеспечение Застрахованному, если в Договоре не названо другое лицо в качестве получателя страхового обеспечения (Выгодоприобретатель). В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

**6.4.** Замена Выгодоприобретателя по Договору, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с письменного согласия Застрахованного.

**6.5.** Договор страхования в пользу Выгодоприобретателя может быть заключен без указания имени или наименования Выгодоприобретателя. При этом в договоре должен быть указан четкий идентификационный признак Выгодоприобретателя.

**6.6.** Страховщик при заключении договора страхования **в пользу Выгодоприобретателя** осуществляет проверку имущественного интереса **Выгодоприобретателя** через запрос документов, необходимых для заключения договора страхования (копию **кредитного договора** Страхователя и т.п.). В случаях, когда Страховщик заключает договор страхования без определения такого имущественного интереса, то Страховщик в обязательном порядке информирует Страхователя/**Выгодоприобретателя** о возможностях отказа в выплате **в адрес Выгодоприобретателя** при отсутствии имущественного интереса **Выгодоприобретателя**.

**6.7.** Не может быть заключен Договор о страховании лиц, которые на момент заключения Договора старше 80 лет.

**6.8.** Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его Представителя по установленной

Страховщиком форме. Письменное заявление является приложением и неотъемлемой частью договора страхования.

**6.9.** Договором устанавливается порядок определения размера страхового обеспечения в связи с временной нетрудоспособностью (временным нарушением здоровья) Застрахованного вследствие несчастного случая:

**6.9.1.** в зависимости от продолжительности лечения, при этом Договором устанавливается размер страхового обеспечения, подлежащего выплате за день лечения или нетрудоспособности, и может быть определен срок, за который Страховщик не производит выплату страхового обеспечения, а также предельный размер страхового обеспечения;

**6.9.2.** по «Таблице размеров страхового обеспечения, подлежащего выплате в связи со страховыми случаями» (приложение 1 к настоящим Правилам);

**6.9.3.** по «Шкале компенсаций в связи с возникновением ущерба здоровью в результате несчастного случая» (приложение 2 к настоящим Правилам).

**6.10.** Если в условия Договора включен страховой риск, указанный в пункте 3.1.2. настоящих Правил, то Договором должны быть установлены размеры страхового обеспечения за установление группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид».

**6.11.** Если в условия Договора включен страховой риск, указанный в пункте 3.1.8. настоящих Правил, то Договором должен быть установлен размер страхового обеспечения, подлежащего выплате за день госпитализации, и может быть определен срок, за который Страховщик не производит выплату страхового обеспечения, а также предельный размер страхового обеспечения.

**6.12.** Срок страхования, размер страховой суммы, страховые риски, на случай наступления которых осуществляется страхование, порядок уплаты страховой премии, а также порядок выплаты страхового обеспечения и период ответственности Страховщика устанавливаются по соглашению сторон.

**6.13.** Застрахованные лица должны быть указаны поименно, если иное не оговорено в Договоре страхования .

**6.14.** Договор заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено условиями Договора.

**6.15.** Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) и заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как день окончания договора. Договором может быть установлен иной срок вступления Договора в силу.

**6.16.** Страхование, обусловленное Договором, распространяется на страховые события, произошедшие в течение срока действия Договора в любой момент или, если это установлено Договором, иной определенный период времени, или - при совершении Застрахованным каких-либо специфических действий (исполнение обязанностей по трудовому договору (контракту), участие в соревнованиях и тренировочных занятиях и пр.), или - во время пребывания Застрахованного в определенном месте с определенной целью (в учебном заведении во время учебного процесса и пр.) (далее по тексту – «период ответственности Страховщика»).

**6.17.** Если Договором не установлено иное, временем исполнения обязанностей по трудовому договору (контракту) считается время исполнения Застрахованным обязанностей по трудовому договору (контракту) как на территории Страхователя, так и вне ее территории, но в интересах и по поручению Страхователя, а также время следования Застрахованного к месту работы или возвращения с места работы на транспорте Страхователя.

**6.18.** Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключение Договора. Страховщик также вправе отказать в страховании или отложить заключение Договора в случае, если лицо, заявленное на страхование, на дату заявления страдает хроническим заболеванием,

угрожающим его жизни и здоровью (например, онкологическим, сердечно-сосудистым заболеванием, диабетом и т.п.). Страховщик также вправе отложить заключение Договора, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

**6.19.** Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в Заявлении о страховании (договоре страхования, анкетах и иных документах), о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного в договоре страхования, а также предоставление фиктивных документов является основанием для Страховщика потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

**6.20.** Договор страхования может быть вручен Страхователю любым общедоступным способом.

**6.21.** При заключении договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается запись в Договоре страхования.

Правила могут быть вручены Страхователю:

- в виде изложения в Договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;

- в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;

- путем информирования страхователя об адресе размещения Правил страхования на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

- путем направления файла, содержащего текст Правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;

- путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т. д.), на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования.

В случае, если Правила страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами страхования.

Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста правил страхования на бумажном носителе.

**6.22.** При заключении договора страхования в договоре должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающим полномочия данного лица.

**6.23.** Страховщик имеет право на медицинское освидетельствование лиц, подлежащих страхованию. Страховщик уведомляет Страхователя о дополнительных условиях заключения договора – медицинскому освидетельствованию лиц и возможности изменения размера страховой премии после его проведения.

**6.24.** При заключении договора страхования в тексте договора Страховщик указывает ссылки на настоящие Правила, позволяющие однозначно идентифицировать версию Правил страхования (наименование Правил, а также дату и номер приказа, утверждающего настоящие Правила).

## **7.1. Договор досрочно прекращается в случаях:**

а) смерти Застрахованного по причинам, иным, чем страховой случай;

б) исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

в) неуплаты Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса в установленный Договором срок), в порядке предусмотренном п.п. 5.11.-5.12.

г) отказа Страхователя от Договора (в день поступления к Страховщику заявления о расторжении Договора, если в заявлении не указано иное).

7.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.3. Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.4. Если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 6.5. настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в полном объеме.

7.5. Если страхователь отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный 7.2 настоящего Договора, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

7.6. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с 7.2 настоящего Договора.

7.7. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию в безналичной форме в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования.

7.8. Пункты 7.2-7.7. настоящих Правил применимы только к Страхователям физическим лицам и при осуществлении добровольного страхования, за исключением отдельных случаев осуществления добровольного страхования, предусмотренных законодательством. В т.ч. при осуществлении добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации и др.

7.9. Возврат части страховых взносов производится Страхователю на основании его письменного заявления о досрочном расторжении, Договора страхования и документа, удостоверяющего личность получателя.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

**8.1.** В период действия Договора Страхователь имеет право:

**8.1.1.** получать любые разъяснения по заключенному Договору;

**8.1.2.** досрочно прекратить действие Договора на условиях, установленных в настоящих Правилах и Договоре;

**8.1.3.** получить дубликат Договора, в случае утери подлинника;

**8.1.4.** получить текст Правил страхования на бумажном носителе;

**8.1.5.** по согласованию со Страховщиком изменять условия Договора.

**8.2.** Страхователь обязан:

**8.2.1.** сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном;

**8.2.2.** уплачивать страховые премии (взносы) в размере и сроки, установленные Договором;

**8.2.3.** сохранять документы, подтверждающие уплату страховых премий (взносов), и представлять их по требованию Страховщика;

**8.2.4.** в срок, не превышающий 30 календарных дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся Страховщика путем подачи Заявления о страховом событии по форме, установленной Страховщиком, и предоставить документы, установленные пунктами 10.6 и 10.7 настоящих Правил;

**8.2.5.** незамедлительно сообщать Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (изменение рода деятельности (профессии) Застрахованного, профессиональные или регулярные занятия опасными видами спорта, указанными в абзаце «к» пункта 4.1. настоящих Правил).

**8.3.** Страховщик имеет право:

**8.3.1.** после принятия всех указанных в пунктах 10.6 и 10.7 настоящих Правил документов в течение 15 рабочих дней провести собственное расследование, в ходе которого проверяется достоверность информации;

**8.3.2.** отсрочить решение вопроса о выплате страхового обеспечения в случае возбуждения уголовного дела по обстоятельствам, связанным с наступлением события с Застрахованным, до момента вступления в законную силу постановления правоохранительных органов или приговора суда;

**8.3.3.** требовать изменения условий Договора и/или доплаты страховой премии в случае изменения степени риска;

**8.3.4.** в случае отказа Страхователя от изменения условий Договора и/или доплаты страховой премии в случае изменения степени риска, или невыполнения Страхователем обязанности, указанной в пункте 8.2.5. настоящих Правил, требовать расторжения Договора.

**8.4.** Страховщик обязан:

**8.4.1.** не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц;

**8.4.2.** Принять решение о выплате страхового обеспечения в течение 30 рабочих дней после получения всех необходимых документов;

**8.4.3.** в случае принятия решения об отказе в выплате страхового обеспечения, письменно уведомить об этом Застрахованного (его законных представителей) с мотивированным обоснованием отказа.

**8.4.4.** вручить Страхователю настоящие Правила при заключении договора страхования любым из способов, предусмотренных п.6.21. настоящих Правил;

**8.4.5.** выдать Страхователю настоящие Правила на бумажном носителе по обращению Страхователя в любой момент действия договора страхования;

**8.4.6.** После того, как страховой организации стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

8.4.6.1. обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

8.4.6.2. о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Информирование осуществляется в порядке, предусмотренном договором и (или) правилами страхования, с соблюдением требований раздела 2 Стандарта.

**8.4.7.** По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

8.4.7.1. страховую сумму (ее часть), подлежащую выплате;

8.4.7.2. порядок расчета страховой выплаты;

8.4.7.3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

8.4.8. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

8.4.9. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

**8.5.** Застрахованный имеет право:

**8.5.1.** требовать от Страхователя назначения Выгодоприобретателя или его замены по своему усмотрению;

**8.5.2.** в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации в установленном законодательством порядке Страхователя - юридического лица, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком выполнять обязанности Страхователя.

**8.5.3.** при длительности лечения свыше двух месяцев обратиться к Страховщику за выплатой части страхового обеспечения (авансирование) в счет предстоящей выплаты по данному страховому случаю.

**8.5.4.** ознакомиться с условиями Договора и Правилами страхования.

**8.5.5.** получить текст Правил страхования на бумажном носителе.

**8.6.** Застрахованный обязан:

**8.6.1.** в течение 24-х часов с момента несчастного случая обратиться в медицинское учреждение для объективной оценки вреда, причиненного здоровью, и получить медицинский документ, удостоверяющий факт несчастного случая;

**8.6.2.** в срок, не превышающий 30 календарных дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся Страховщика путем подачи Заявления о событии по форме, установленной Страховщиком, и предоставить указанные в пунктах 10.6 и 10.7 настоящих Правил документы.

**8.6.3.** По требованию Страховщика пройти за Счёт Страховщика в лечебном или ином учреждении или организации указанных Страховщиком медицинское обследование для целей установления факта наступления страхового случая, а так же причин и механизма его наступления и определения размера страхового обеспечения, подлежащего выплате. Застрахованный вправе полностью или частично (в соответствующей части) отказаться от прохождения такого обследования, только в случае если к этому имеются прямые медицинские противопоказания. В последнем случае Страховщик вправе настаивать на

проводении иного обследования, не представляющего угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица.

**8.7.** Страхователь, заключивший договор страхования со Страховщиком на условиях Правил (программы) страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» для осуществления страхования по договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление о страховании, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение Правил страхования (Программы страхования) на условиях которых заключён договор страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления о страховании, то согласие действует с даты, указанной в заявлении о страховании). Согласие Страхователя на обработку его персональных данных действует в течение 5 лет.

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 5 лет с даты окончания срока действия договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю/ Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

## **9. ПОРЯДОК ПРИЕМА ДОКУМЕНТОВ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.**

**9.1.** Страховщик при личном обращении заявителя на страховую выплату осуществляет прием заявления о страховой выплате и прилагаемых к нему документов с составлением описи или реестра документов, а также с подписанием Страховщиком и заявителем акт приемки-передачи с указанием даты.

**9.2.** Страховщик при получении заявления о страховой выплате и прилагаемых к нему документов по почте или по электронной почте проверяет правильность оформления документов и их комплексность.

**9.3.** В случае выявления Страховщиком факта предоставления заявителем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик принимает документы и уведомляет в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней заявителя о недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документах.

**9.4.** Срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает исчисляться до предоставления заявителем последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

## **10. ПОРЯДОК, РАЗМЕРЫ, СРОКИ И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

**10.1.** Настоящими Правилами предусмотрен раздельный срок принятия решения о выплате и срок осуществления выплаты. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет выплату страхового обеспечения в соответствии с условиями Договора.

**10.2** Решение о выплате страхового возмещения либо о полном или частичном отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования документов.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, необходимо предоставить документ, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения о страховой выплате начинает исчисляться с даты получения Страховщиком данного документа.

Срок принятия решения Страховщиком может быть увеличен в соответствии с п. 10.9 настоящих Правил. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя об увеличении срока выплаты страхового возмещения.

**10.3.** Страховщик производит страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты принятия решения (со дня утверждения Страхового Акта).

**10.4.** Общая сумма страхового обеспечения по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим с Застрахованным в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором.

Если в связи с каким-либо страховым случаем была выплачена часть страховой суммы, но в течение года со дня этого случая, как следствие его, наступили более тяжкие последствия для здоровья Застрахованного или его смерть, то страховое обеспечение выплачивается с учетом ранее выплаченной суммы.

Если на фоне болезненного состояния Застрахованного вследствие несчастного случая или болезни здоровье Застрахованного дополнительно ухудшилось за счет имевшихся у Застрахованного ранее возникших заболеваний или травм, страховая выплата будет производиться, как если бы последствия несчастного случая не осложнились течением имевшихся заболеваний.

Страховое обеспечение по страховым случаям, связанным с наступлением события, указанного в п. 3.1.7. Правил, выплачивается независимо от других страховых выплат Застрахованному.

**10.5.** Размер страхового обеспечения в связи со страховыми случаями определяется согласно условиям Договора:

**10.5.1.** если порядок страховой выплаты определен в соответствии с пунктом 6.7.1. настоящих Правил, то за каждый день нетрудоспособности работающего Застрахованного (лечения по поводу нарушения здоровья неработающего Застрахованного) в результате несчастного случая и по причинам иным, чем несчастный случай Застрахованному

выплачивается страховое обеспечение в размере установленного Договором процента от страховой суммы с учетом включенных в условия Договора ограничений на предельный размер страхового обеспечения и срока нетрудоспособности (лечения), за который выплата не производится. В случае, если продолжительность лечения превышает ориентировочный срок временной нетрудоспособности («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10), действующие на момент наступления страхового случая), Страховщик имеет право отказать в выплате страхового обеспечения за время лечения, превышающее более чем на 20% ориентировочные сроки временной нетрудоспособности;

**10.5.2.** если порядок страховой выплаты определен в соответствии с пунктом 6.7.2 или пунктом 6.7.3. настоящих Правил, то сумма страхового обеспечения, подлежащая выплате Застрахованному в связи с временной утратой трудоспособности (лечения по поводу нарушения здоровья неработающего лица) в результате несчастного случая или по причинам иным, чем несчастный случай, определяется в процентах от страховой суммы в зависимости от тяжести ущерба, причиненного здоровью Застрахованного, при этом величина процентов определяется:

а) по «Таблице размеров страхового обеспечения, подлежащего выплате в связи со страховыми случаями», если Договором установлен порядок страховой выплаты в соответствии с пунктом 6.7.2. настоящих Правил;

б) по «Шкале компенсаций в связи с возникновением ущерба здоровью в результате несчастного случая», если Договором установлен порядок страховой выплаты в соответствии с пунктом 6.7.3. настоящих Правил;

**10.5.3.** в случае установления Застрахованному инвалидности или категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая или по причинам иным, чем несчастный случай Застрахованному выплачивается страховое обеспечение в процентах от страховой суммы, обусловленных Договором в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;

**10.5.4.** в случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателю выплачивается страховое обеспечение в размере страховой суммы, установленной Договором;

**10.5.5.** в случае госпитализации Застрахованного вследствие болезни или несчастного случая (если риск указанный в п.3.1.7. таким договором страхования предусмотрен) Застрахованному выплачивается страховое обеспечение в размере установленного Договором процента от страховой суммы за день госпитализации с учетом включенных в условия Договора ограничений на предельный размер страхового обеспечения и срока госпитализации, за который выплата не производится.

Дата наступления страхового события в случае госпитализации определяется как дата помешения Застрахованного в стационар, зафиксированная в медицинской документации;

Страховое обеспечение по страховым случаям, связанным с наступлением события, указанного в п. 3.1.7. Правил, выплачивается независимо от других страховых выплат Застрахованному.

**10.6.** Для принятия решения о выплате страхового обеспечения Страховщику должны быть представлены:

**10.6.1.** при наступлении события, указанного в пунктах 3.1.1. или 3.1.4. настоящих Правил:

а) справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы (форма 027/у) или заболевания, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и диагноз;

б) выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения;

в) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору»;

**10.6.2.** при наступлении события, указанного в пунктах 3.1.2. или 3.1.5. настоящих Правил:

а) справка из учреждения медико-социальной экспертной комиссии (справка МСЭК) или направление на МСЭ по форме 088/У;

б) выписка из истории болезни;

в) акт о расследовании несчастного случая на производстве с возможным инвалидным исходом в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору»;

**10.6.3.** при наступлении события, указанного в пункте 3.1.3. или 3.1.6. настоящих Правил:

а) свидетельство о смерти Застрахованного или решение суда об объявлении Застрахованного умершим;

б) акт о расследовании несчастного случая на производстве со смертельным исходом в случае, если Договором установлен период ответственности Страховщика «при исполнении Застрахованным обязанностей по трудовому договору»;

в) медицинские документы или документы органов санитарно-эпидемиологической службы, подтверждающие диагноз заболевания, если смерть наступила в результате заболевания;

г) выписка из акта судебно-медицинского или патологоанатомического исследования с указанием диагноза и наличия/отсутствия опьянения, или выписка из медицинской карты (если судебно-медицинское или патологоанатомическое исследование не проводились) с указанием диагноза и наличия/отсутствия опьянения;

**10.6.4.** при наступлении события, указанного в пункте 3.1.7. настоящих Правил:

а) выписной эпикриз из истории болезни стационара медицинского учреждения;

б) амбулаторная медицинская карта или выписка из медицинской карты Застрахованного за 12 месяцев, предшествующих вступлению Договора в силу;

**10.6.5.** Справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы или заболевания, выписной эпикриз из истории болезни, медицинское заключение, выписка из медицинской карты, либо иной медицинский документ обязательно должен быть заверен подписью и печатью лечащего врача, штампом медицинского учреждения.

**10.7.** Дополнительно к перечисленным в пункте 10.6 настоящих Правил документов, Страховщику представляются:

а) заявление о выплате страхового обеспечения;

б) документ, удостоверяющий личность получателя и документы подтверждающие право на представление интересов Застрахованного и/или Выгодоприобретателя в страховой организации и на получение страхового обеспечения (в случае отсутствия последнего, сумма страхового обеспечения может быть выплачена только лично Застрахованному или Выгодоприобретателю наличными денежными средствами или на открытые на их имя счета в банке) - доверенность, иные предусмотренные законодательством документы;

в) Договор;

г) документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов);

д) иные документы по требованию Страховщика, позволяющие объективно установить факт, причины, обстоятельства страхового случая и степень ущерба здоровью.

**10.8.** В случае необходимости Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз и дополнительного медицинского обследования Застрахованного за счет Страховщика.

Если Застрахованный отказывается от проведения дополнительного медицинского обследования либо обследования в ходе производства экспертизы, Страховщик вправе воспользоваться пунктом 4.5. и 11. настоящих Правил.

10.9. Страховщик вправе увеличить сроки, предусмотренные п. 10.2. настоящих Правил, если:

- возникла необходимость в проверке представленных документов, направлении дополнительных запросов в компетентные органы. В этом случае принятие решения о выплате принимается в сроки, указанные в п.п. 10.2. настоящих Правил, считая с даты получения ответов или подтверждающих сведений компетентных органов.

- 10.10.** Страховое обеспечение выплачивается наследникам Застрахованного:
- а) если Страхователем не был назначен Выгодоприобретатель;
  - б) в случае одновременной (в один день) смерти Застрахованного и Выгодоприобретателя;
  - в) если Выгодоприобретатель умер ранее Застрахованного;
  - г) если Застрахованный умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страхового обеспечения.

Если Выгодоприобретатель умирает, не успев получить причитающееся ему страховое обеспечение, оно выплачивается его наследникам в порядке, установленном законодательством РФ. Однако если Страхователем были назначены несколько Выгодоприобретателей, то в случае смерти одного из них ранее Застрахованного, причитающаяся ему сумма выплачивается остальным Выгодоприобретателям пропорционально установленным Страхователем долям.

Для получения страхового обеспечения наследники дополнительно к документам, указанным в пунктах 10.6, 10.7 настоящих Правил представляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования.

**10.11.** Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, при определении размера страхового обеспечения Страховщик вправе вычесть из суммы подлежащего выплате страхового обеспечения сумму подлежащих уплате, но неуплаченных страховых премий (взносов) за неистекший срок страхования.

**10.12.** Датой исполнения Страховщиком обязательства по выплате суммы страхового обеспечения считается:

- а) дата списания суммы со счета Страховщика при безналичных расчетах;
- б) дата выплаты суммы через кассу Страховщика.

**10.13.** При страховании в валютном эквиваленте выплата страхового обеспечения производится в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на момент наступления страхового случая, независимо от даты подачи заявления на выплату, если иное не предусмотрено договором страхования.

**10.14.** Страховщик на этапе выплаты осуществляет идентификацию Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей и бенефициарных владельцев в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма и распространения оружия массового уничтожения.

**10.15.** Если к Страховщику с заявлением обратилось лицо, не являющееся получателем выплаты, необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения (единий срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает исчисляться с даты получения страховщиком данного документа.

**10.16.** При непредоставлении лицом, подавшем заявление на страховое возмещение, банковских реквизитов на выплату, страховщик приостанавливает рассмотрение заявления на выплату.

**10.17.** Страховщик в течение 15 рабочих дней уведомляет лицо, подавшее заявление на страховое возмещение, о приостановлении рассмотрения заявления на выплату и запрашивает банковские реквизиты на выплату.

**10.18.** Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан возвратить Страховщику полученное страховое возмещение (или его соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя (Выгодоприобретателя) права на страховое возмещение.

**10.19.** В случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения (полного или частичного) Страховщик сообщает об этом Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием отказа в течение 3 (трех) рабочих дней после утверждения страхового акта.

10.20. В тех случаях, когда убытки, причиненные в результате страхового случая, частично компенсированы Страхователю (Выгодоприобретателю) третьими лицами или государством, Страховщик возмещает только разницу между величиной действительного ущерба и суммой, полученной Страхователем (Выгодоприобретателем) от третьего лица и/или государства. В том случае, если такая компенсация получена Страхователем после выплаты страхового возмещения, он обязан вернуть его Страховщику в размере соответствующем полученной компенсации.

## **11. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ (ОБСЛЕДОВАНИЯ)**

11.1. Проведение Страховщиком (его представителем) медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица осуществляется в зафиксированном месте и в зафиксированное время.

11.2. Страховщик осуществляет фиксацию места и времени медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица) по разработанной страховщиком форме;

- направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица) с указанием не менее двух вариантов времени на выбор;

- иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица).

11.3. Страховщик осуществляет медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица по месту нахождения страховщика (филиала, представительства, офиса) или эксперта. Если состояние застрахованного лица не позволяет его перемещать или делает перемещение затруднительным, то осмотр застрахованного лица осуществляется по его местоположению в согласованное страховщиком и страхователем (выгодоприобретателем) время.

11.4. Если застрахованное лицо не прошло освидетельствование (обследование) в согласованную дату, страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования (обследования) при его обращении к страховщику

11.5. При повторном не прохождении застрахованным лицом освидетельствования (обследования) в согласованную со страховщиком дату, страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии).

## **12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ.**

12.1. В случае если Страхователь или Выгодоприобретатель является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, споры между сторонами, связанные с исполнением, изменением (дополнением), расторжением настоящего Договора, будут разрешаться с применением досудебного претензионного порядка, а при недостижении согласия споры подлежат рассмотрению в Арбитражном суде, при этом споры, цена иска по которым превышает 1 000 000 (Один миллион) рублей, а также споры по требованиям неимущественного характера подлежат рассмотрению в Арбитражном суде г. Москвы, если договором страхования не установлено иное.

12.2. Споры между сторонами, в случае если Страхователь является физическим лицом, а также споры между Застрахованным, Выгодоприобретателем и Страховщиком,

связанные с исполнением, изменением (дополнением), расторжением настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров сторон. При недостижении согласия споры решаются в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

12.3. Порядок и сроки рассмотрения жалоб и обращений к Страховщику:

12.3.1. При поступлении жалобы или обращения Страхователя страховому агенту жалоба (обращение) передается Страховщику агентом в течение 1 (одного) рабочего дня.

12.3.2. Все жалобы и обращения Страхователей, в том числе поступившие в электронном виде, регистрируются Страховщиком в течение 3 (трех) рабочих дней.

12.3.3. Страховщик информирует Страхователя о получении жалобы (обращения) одномоментно с регистрацией при электронном обращении, при обращении на бумажном носителе – по запросу Страхователя.

12.3.4. Страховщик рассматривает обращение (жалобу) Страхователя в течение 30 (тридцати) дней с момента регистрации.

12.3.5. Мотивированный ответ Страхователю или уведомление о продлении сроков рассмотрения обращения (жалобы) по причине необходимости проведения проверки, экспертизы, получения документов от других организаций и т.п. Страховщик направляет на 30 день с момента регистрации.

12.3.6. Страховщик имеет право оставить жалобу или обращение Страхователя без ответа по следующим причинам:

- не определился получатель страховых услуг,
- не читается текст сообщения,
- ранее давался ответ на вопросы обращения,
- обращение содержит нецензурные, оскорбительные выражения, угрозы и т.п.,
- реклама или массовая рассылка,
- не требует ответа.

12.3.7. Страховщик хранит жалобы (обращения) и материалы их рассмотрения 2 (два) года.

12.4. Порядок разрешения споров, если соглашение между потребителем финансовых услуг - физическим лицом и Страховщиком не достигнуто, регламентируется Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» от 04.06.2018г № 123-ФЗ.

### **13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

13.1. Все изменения и дополнения к Договору страхования будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.