



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 284 от 27 марта 2020 г.

**ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ
ПАССАЖИРОВ
(номер по классификатору 131, редакция 1)**

г. Ханты-Мансийск, 2020 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации настоящие Правила комплексного страхования пассажиров (далее - Правила) регулируют отношения, возникающие между АО «ГСК «Югория» и Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем, иными лицами в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора комплексного страхования пассажиров (далее – Договор страхования).

Правила регулируют основные условия и порядок заключения Договора страхования, взаимоотношения Сторон в течение срока действия Договора страхования и при наступлении страхового события (страхового случая).

1.2. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно обусловленную Договором страхования сумму (страховую выплату) самому Страхователю или другому названному в Договоре страхования гражданину (Застрахованному лицу) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая).

1.3. Понятия и определения, применяемые по тексту настоящих Правил:

1.3.1. Страховщик – Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования и получившее лицензию в установленном законом порядке.

1.3.2. Страхователь - дееспособное физическое или юридическое лицо любой формы собственности, заключившие со Страховщиком Договор страхования.

Страхователь считается застрахованным, если в Договоре страхования не указано иное физическое лицо в качестве Застрахованного лица.

1.3.3. Застрахованное лицо - физическое лицо, являющееся пассажиром любого вида транспорта (воздушного, железнодорожного, морского, внутреннего водного, автомобильного) в пользу которого заключен Договор страхования.

1.3.4. Пассажир - лицо, совершающее поездку на любом виде транспорта (воздушном, железнодорожном, морском, внутреннем водном, автомобильном) по действительному проездному документу (билету) либо имеющее проездной документ (билет).

1.3.5. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и кому принадлежит право на получение страховых выплат. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо другое лицо с письменного согласия Застрахованного лица для получения страхового обеспечения или страхового возмещения (Выгодоприобретатель). Если Выгодоприобретатель не назначен, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями признаются законные наследники Застрахованного лица.

1.3.5.1. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с письменного согласия этого лица.

1.3.5.2. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страхового возмещения или страховой суммы.

1.3.6. Договор страхования – это письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении предусмотренного

Договором страхования события (страхового случая) произвести страховую выплату в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

1.3.7. Срок страхования (период ответственности Страховщика) – период времени, определенный Договором страхования, в течение которого Страховщик несет ответственность перед Застрахованным лицом. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение указанного срока страхования. Срок страхования может не совпадать со сроком действия Договора страхования.

1.3.8. Багаж – вещи (за исключением продуктов питания и жидкостей) Застрахованного лица, членов его семьи, его близких родственников или близких родственников его супруга/супруги, совершающих с ним совместное путешествие, перевозимые им (ими), зарегистрированные и переданные перевозчику под ответственность в соответствии с договором воздушной перевозки с наличием багажной квитанции и отрывного купона багажной бирки.

1.3.9. Близкие родственники – законный супруг (а), а также отец, мать (в том числе и усыновители), дети (в том числе и усыновленные), родные бабушка, дедушка, официальные опекуны, а также родные сестры и братья, внуки.

1.3.10. Перевозка (далее также – поездка) – перемещение Застрахованного лица любым видом транспорта (воздушным, железнодорожным, морским, внутренним водным, автомобильным).

1.3.11. Перевозка (далее также – поездка) «Туда» - период между прохождением Застрахованным лицом предпосадочного досмотра для посадки в транспортное средство в пункте отправления и до момента выхода Застрахованного лица в пункте назначения, включая период нахождения в пунктах промежуточных посадок, при условии нахождения Застрахованного лица на территории (в помещении) вокзала.

1.3.12. Перевозка (далее также – поездка) «Обратно» - период между прохождением Застрахованным лицом предпосадочного досмотра для посадки в транспортное средство в пункте назначения и до момента выхода Застрахованного лица в пункте отправления, включая период нахождения в пунктах промежуточных посадок, при условии нахождения Застрахованного лица на территории (в помещении) вокзала.

1.3.13. Вокзал – комплекс зданий и сооружений или одиночное здание, находящихся в пункте пассажирских перевозок путей сообщения (железнодорожных, водных, воздушных, автомобильных) (например, на станции, в порту, аэропорту), предназначенный для обслуживания пассажиров и обработки их багажа.

1.3.14. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включая медицинские и иные связанные с ними услуги, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованного лица.

1.3.15. Неотложная помощь - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

1.3.16. Медицинская эвакуация (репатриация) – транспортировка Застрахованного лица в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования).

1.3.17. Посмертная эвакуация (репатриация) – транспортировка тела Застрахованного лица, если смерть наступила в результате несчастного случая.

1.3.18. Сервисная компания – организация, указанная в Договоре страхования, предоставляющая медицинскую помощь, эвакуацию Застрахованного лица на территорию постоянного проживания.

1.3.19. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии/разрешения/иного документа, подтверждающего право на осуществление медицинской деятельности, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

1.3.20. Острое заболевание – заболевание, впервые диагностированное и развившееся в период действия Договора страхования, на территории действия Договора страхования, не являющееся обострением или осложнением другого патологического процесса.

1.3.21. Травма – причинение вреда здоровью (нарушение физической целостности организма, повреждение органов и тканей) Застрахованного лица, наступившие вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

1.4. По настоящим Правилам сторонами Договора страхования (далее - Стороны) признаются Страховщик и Страхователь, заключившие Договор страхования.

1.5. Страховщик вправе на основе Правил формировать полисные условия страхования (выдержки из Правил), ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие полисные условия прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.7. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в рамках настоящих Правил являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с:

2.1.1. причинением вреда здоровью, а также со смертью Страхователя (Застрахованного лица) в результате несчастного случая при осуществлении поездки любым видом транспорта (воздушным, железнодорожным, морским, внутренним водным, автомобильным) (далее – личное страхование).

По настоящим Правилам под несчастным случаем понимается (если иное не предусмотрено Договором страхования) внезапное физическое воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических и т.д.) на организм Застрахованного лица, произошедшее в течение срока страхования помимо воли Застрахованного лица, не являющееся следствием болезни (заболевания) и приведшее к телесным повреждениям, нарушениям физиологических функций организма Застрахованного лица или его смерти, включающее в себя:

2.1.1.1. травматические повреждения:

- механические (повреждения, ушибы, растяжения, вывихи, переломы, надрывы, разрывы, ранения органов и тканей, сдавливание тканей и/или внутренних органов, полная и/или частичная потеря органов, сотрясения);

- термические (ожоги, обморожения);

- химические;

- электротравмы;

2.1.1.2. укусы животных, укусы насекомых, которые привели к заболеваниям клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), малярией, заболевания полиомиелитом,

гематогенным остеомиелитом, случайное острое отравление промышленными и бытовыми химическими веществами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами;

2.1.1.3. случайное попадание в дыхательные пути инородного тела (за исключением рвотных масс, если Застрахованное лицо находилось в состоянии любого вида опьянения, либо в болезненном состоянии), анафилактический шок или внезапное удушье;

2.1.1.4. утопление;

2.1.1.5. патологические роды, внематочная беременность, приведшие к удалению органов (матки, одной или обеих труб, одного или двух яичников);

2.1.1.6. изнасилование, насильственные действия сексуального характера;

2.1.1.7. неправильные медицинские манипуляции;

2.1.2. риском утраты (гибели), недостачи, повреждения, а также задержка выдачи застрахованного имущества (далее – страхование имущества);

При этом под застрахованным имуществом по настоящим Правилам понимается багаж.

2.1.3. риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности Страхователя (Застрахованного лица) (далее – страхование финансовых рисков);

2.1.4. 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 в результате несчастного случая или острого заболевания (далее - медицинское страхование).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, 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 Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) или иным третьим лицам.

3.3. Страховыми рисками (страховыми случаями) по настоящим Правилам являются:

3.3.1. в части личного страхования:

3.3.1.1. травма Застрахованного лица, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период срока страхования - далее «травма в результате несчастного случая»;

3.3.1.2. постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок – инвалид»), первично установленная Застрахованному лицу, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период срока страхования и послужившего причиной установления инвалидности – далее «постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая»;

3.3.1.3. смерть Застрахованного лица, явившаяся следствием несчастного случая, имевшего место в период срока страхования и послужившего причиной смерти – далее «смерть в результате несчастного случая»;

3.3.2. в части страхования имущества - утрата (гибель), недостача, повреждение, а также задержка выдачи застрахованного имущества, имевшего место в период срока страхования на территории страхования, подтвержденное документально и произошедшее в результате следующих событий:

а) ошибочных действий транспортных (перевозочных) служб;

б) производства погрузо-разгрузочных работ;

в) противоправных действий третьих лиц. При этом под противоправными действиями третьих лиц понимается хищение в форме кражи, грабежа, разбоя;

3.3.3. в части страхования финансовых рисков - возникновение непредвиденных

расходов Застрахованного лица по компенсации убытков в период срока страхования, на территории страхования, подтвержденных документально вследствие:

3.3.3.1. задержки транспортного средства (задержка вылета), сертифицированного для международных и/или внутренних перевозок, на срок более 3 (трех) часов (если иное не предусмотрено Договором страхования) по любой причине, в том числе по причине метеоусловий и обстоятельств непреодолимой силы (в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации).

При этом, под задержкой транспортного средства понимается документально подтвержденная задержка фактического начала перевозки Застрахованного лица более чем на 3 (три) часа (если иное не предусмотрено Договором страхования) по сравнению со временем, указанным в проездных документах, в результате:

- задержки рейса;
- отмены рейса, повлекшей изменение даты или времени начала перевозки Застрахованного лица, которая в этом случае была осуществлена другим рейсом, предоставленным перевозчиком.

Продолжительность задержки транспортного средства по причине отмены рейса рассчитывается как разница между временем отправления отмененного рейса по расписанию и временем отправления рейса, которым Застрахованное лицо воспользовался фактически.

При этом, под понятием Рейс, согласно настоящих Правил, понимается перевозка, параметры которой (маршрут, дата и время) указаны в электронном билете, Полисе и/или посадочном талоне Застрахованного лица;

3.3.3.2. внезапных событий, наступивших в течение срока действия Договора страхования и препятствующих совершению Застрахованным лицом запланированной поездки (отказ Застрахованного лица от поездки), а именно:

а) смерть, травма и/или внезапное расстройство здоровья, требующее госпитализации Застрахованного лица или одного из его близких родственников или членов семьи, произошедшие менее чем за 15 (пятнадцать) календарных дней до начала поездки, препятствующие совершению предполагаемой поездки;

б) судебное разбирательство, в котором Застрахованное лицо должно принять участие (получение повестки в суд после заключения Договора страхования). Судебное заседание должно быть назначено на дату, совпадающую с датой поездки;

в) призыв Застрахованного лица на срочную военную службу или на военные сборы, при условии подтвержденного получения Застрахованным лицом уведомления (повестки) после заключения Договора страхования;

г) гибель недвижимого имущества Застрахованного лица вследствие пожара, стихийных бедствий, повреждения водой из водопроводных, канализационных, отопительных систем, нанесение ущерба имуществу Застрахованного лица третьими лицами, при условии, что нанесенный ущерб является значительным (уничтожено, похищено более 70% имущества) или в случаях, когда для установления факта нанесения ущерба необходимо присутствие Застрахованного лица;

д) причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате участия в дорожно-транспортном происшествии (далее – ДТП) по пути на вокзал отправления;

е) стихийные бедствия или их последствия в пункте назначения/отправления, произошедшие в день отправления или предшествующие ему день, а именно: извержение вулкана, землетрясение, цунами, наводнение, ураган, тайфун, оползень, снежная лавина, сель, смерч, торнадо, лесные и торфяные пожары;

ж) обязанность оказать помощь в силу профессионального долга в период со дня, предшествующего дню поездки и до дня, следующего за днем поездки;

3.3.4. в части медицинского страхования - возникновение расходов Застрахованного лица в течение срока страхования, связанных с оплатой медицинской и лекарственной

помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства его здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг в результате несчастного случая или острого заболевания, а именно;

а) по амбулаторному и стационарному лечению (пребывание и лечение в стационаре (включая расходы на услуги врача, хирургические расходы, расходы на диагностические исследования, включая экстренные стоматологические услуги, процедуры и обслуживание в больнице));

б) по оплате назначенных врачом необходимых медикаментов, перевязочных средств, простых средств фиксации и иных вспомогательных средств;

в) по оплате визита врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;

г) по оплате транспортных расходов (расходы на транспортировку Застрахованного лица в одно из ближайших медицинских организаций или к врачу (включая расходы на транспортировку Застрахованного лица в другую медицинскую организацию строго по медицинским показаниям, либо с предварительного согласия Страховщика или Сервисной компанией)).

Медицинская эвакуация (репатриация) организуются только при наличии заключения врача, назначенного Страховщиком или Сервисной компанией, о необходимости и возможности проведения эвакуации и репатриации на основании документов, предоставленных местным лечащим врачом или медицинской организацией и при отсутствии противопоказаний;

д) по оплате транспортных расходов (расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания (или месту предполагаемого захоронения) вокзала, с которым есть сообщение, включая расходы на все необходимые меры по организации репатриации тела Застрахованного лица);

Страховщик не возмещает расходы на ритуальные услуги и погребение.

е) расходы на передачу информации в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем (звонки или отправка факсимильных сообщений в Сервисную компанию Страховщика (или непосредственно Страховщику) в связи с заявлением о событии или для получения медицинской консультации; отправка экстренных сообщений родственникам Застрахованных лиц).

3.4. События, предусмотренные пп.3.3.1.2., 3.3.1.3. настоящих Правил и явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в период срока страхования, также признаются страховым случаем, если они наступили в течение одного года со дня несчастного случая.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВОГО РИСКА)

В рамках настоящих Правил страховыми рисками не являются события, наступившие при:

4.1. В части личного страхования:

4.1.1. нахождении Страхователя (Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления в результате потребления им алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача, если только прием Застрахованным лицом перечисленных веществ не был осуществлен помимо собственной воли;

4.1.2. несвоевременном обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию, усугубив тем самым посттравматическое состояние;

4.1.3. неповиновении Застрахованного лица требованиям командира воздушного судна, капитана морского или речного судна, начальника поезда, водителя автобуса или иных лиц, на которых действующим законодательством Российской Федерации возложена ответственность за безопасность пассажиров при перевозке;

4.1.4. нарушении Застрахованным лицом правил проезда, посадки-высадки или перевозки багажа;

4.1.5. занятиях Застрахованным лицом профессиональным или любительским спортом (активным отдыхом), участии в спортивных соревнованиях (если иное не предусмотрено Договором страхования).

Перечисленные в пп.4.1.1.-4.1.5. настоящих Правил обстоятельства признаются на основании документов (судебных, следственных органов, документов, предоставленных медицинской организацией), доказывающих факт этих обстоятельств.

4.2. В части страхования имущества:

4.2.1. влиянии температуры, влажности или особых свойств и естественных качеств содержимого багажа, которые могут привести к его гибели или порче (усушка, утриска, утечка, увеличение веса от подмочки, гниение, самовозгорание, взрыво - и огнеопасность);

4.2.2. загрязнении/порчи/недостачи багажа при целостности наружной упаковки;

4.2.3. естественных изменениях свойств застрахованного имущества (в т.ч. износ, ржавчина, плесень, обесцвечивание и т.п.);

4.2.4. царапинах, шелушениях окраски, других нарушений внешнего вида имущества, не вызвавших нарушения его функций;

4.2.5. порчи имущества насекомыми и грызунами, если иное не предусмотрено Договором страхования;

4.2.6. воздействии продуктов питания, жидкостей, красителей, химических веществ или соединений;

4.2.7. нарушении Страхователем (Выгодоприобретателем) правил и норм перевозки багажа или запрета перевозчика.

4.3. В части страхования финансовых рисков:

4.3.1. задержки (отмене) рейса, на который Застрахованное лицо не зарегистрировалось в порядке, установленном перевозчиком;

4.3.2. опоздании Застрахованного лица на посадку в транспортное средство;

4.3.3. отказе перевозчика в перевозке Застрахованного лица по любой причине, в том числе:

- отсутствия свободных пассажирских мест на борту рейса, указанного в проездных документах пассажира («овербукинг»/перепродажа билетов);

- нарушения пассажиром правил воздушных/железнодорожных/автомобильных перевозок, а также нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

4.3.4. террористическом акте;

4.3.5. отказе Застрахованного лица от поездки или невозможности ее совершения по следующим причинам:

- причин, о которых Застрахованное лицо знало или должно было знать на момент оформления выездных документов или заключения Договора страхования;

- плановой госпитализации Застрахованного лица для лечения хронических болезней, реабилитационно-восстановительного лечения;

- патологии при беременности или осложнений беременности;

- проведения реконструктивных и пластических операций;

- ранения или болезни Застрахованного лица в результате попытки самоубийства, а также занятия Застрахованным лицом опасными видами профессиональной и иной (в том числе спортивной) деятельности;

- лечение травм, ранений, полученных Застрахованным лицом в состоянии наркотического, токсического или алкогольного опьянения;

- привлечение Застрахованного лица в качестве подозреваемого, обвиняемого за совершение им преступления и/или административного правонарушения;

- актов любых органов власти и управления, в том числе ограничение выезда определенным группам и категориям лиц, определенным для органов пограничного и таможенного контроля;

- вынужденного отказа от поездки, в случае неполучения по любой причине необходимой для поездки вакцинации до отъезда или в связи с ее осложнениями;

- вынужденного отказа от поездки из-за существующих или объявленных до отъезда забастовок на авиалиниях, прочих транспортных линиях или связанных с ними индустриях, банкротства авиакомпании.

4.4. В части медицинского страхования:

4.4.1. возникновении расходов вследствие наступления следующих заболеваний (состояний) и/или их осложнений:

- хронических заболеваний, кроме их обострений в виде неотложных медицинских состояний, представляющих непосредственную угрозу жизни Страхователя (Застрахованного лица), когда неоказание экстренной медицинской помощи может поставить под угрозу жизнь Страхователя (Застрахованного лица) или привести к инвалидности (в этом случае покрываются расходы по купированию неотложного состояния, до тех пор, пока угроза для жизни исчезнет);

- наследственных и врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

- психических заболеваний, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

- демиелинизирующих заболеваний нервной системы, нарушений речи;

- сахарного диабета и других эндокринных заболеваний;

- системных заболеваний соединительной ткани, болезни Бехтерева, муковисцедоза;

- кожных заболеваний, псориаза;

- глубоких микозов;

- туберкулеза, саркоидоза;

- хронической почечной и печеночной недостаточности, цирроза печени;

- заболеваний сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующих сложного и/или реконструктивного оперативного лечения (кардиохирургического, нейрохирургического и т.п.);

- онкологических заболеваний (злокачественных и доброкачественных), в том числе кроветворной и лимфатической тканей;

- лечения с целью наступления и сохранения беременности, лечения осложнений беременности, прерывания беременности, проведение родов и их осложнений, обострения хронических заболеваний вследствие беременности, если только речь не идет о спасении жизни матери и/или ребенка, а также консультативно-диагностических обследований;

- венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым или преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

- ВИЧ-инфекции, а также расходов и иной ответственности, связанной с заражением ВИЧ;

- профессиональных заболеваний, вызванных вредным воздействием химических, физических производственных факторов, лазерного излучения;

- солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии;

- особо опасных и тропических инфекционных болезней (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки);

4.4.2. возникновении расходов на медицинскую помощь, в том числе медицинские услуги:

- не предписанные врачом, проводимые по желанию Застрахованного лица, без медицинских показаний и связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения;

- возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового события;

- оказанные в случае, если поездка за границу в данную страну была противопоказана Застрахованному лицу по состоянию здоровья, что подтверждено записью в медицинской документации;

- на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазморефракция и т.п.), ультрафиолетовое облучение (УФО) крови;

- на компьютерную томографию, ядерно-магнитно-резонансную томографию, не согласованные с Сервисной компанией;

- на устранение косметических дефектов лица (в том числе в стоматологии), тела, независимо от времени их возникновения;

- на косметическую, пластическую и восстановительную хирургию, ортопедию;

- на трансплантацию органов и тканей, имплантацию и протезирование всех видов;

- на иммунокоррекцию, расширенное иммунологическое исследование;

- на стоматологические услуги, (кроме расходов на осмотр, лечение и медикаменты при острой зубной боли, а также при травме зуба в результате несчастного случая), лечение заболеваний пародонта, замену старых пломб, зубопротезирование, включая подготовку к нему, восстановление (реконструкцию) коронковой части зуба, имплантацию зубов, ортодонтю;

- на нетрадиционные методы лечения;

- по лечению Застрахованного лица и уходу за ним, осуществляемым его родственниками, независимо от того, являются ли они профессиональными медицинскими работниками или нет;

- на оздоровительное и реабилитационное лечение в условиях стационаров, диспансеров, санаториев, пансионатов, домах отдыха, восстановительных центров и других специализированных медицинских организаций;

- на физиотерапию, массаж, тренажеры, ЛФК, бассейн, солярий, гипербарическую оксигенацию, лазеротерапию, акупунктуру;

- на общие медицинские осмотры, обследования с профилактическими целями, не связанные с необходимостью диагностики острого заболевания или травмы в результате несчастного случая, на проведение вакцинации, дезинфекции;

- на услуги врача и лабораторные исследования, не связанные с несчастным случаем или острым заболеванием;

- произведенные Застрахованным лицом на приобретение медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, и расходы на их подгонку;

- на приобретение препаратов, которые не причисляются к лекарственным препаратам, если таковые предписываются: несертифицированные лекарства, лекарства, состав которых скрывается составителем, а также пищевые продукты, укрепляющие средства, средства для похудения и слабительные, выдаваемые по рецепту, косметические средства, минеральная вода и добавки к воде ванны;

- на услуги, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: одноместных палат и палат типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;

- возникшие после окончания срока действия Договора страхования, кроме расходов по стационарному лечению Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия Договора страхования – до момента выписки его из стационара, если это пребывание согласовано с Сервисной компанией;

- по стационарному лечению (на которое не было получено согласие Сервисной компанией перед тем, как было начато лечение), транспортные расходы (в том числе

расходы по посмертной эвакуации (репатриации)), не согласованные с Сервисной компанией;

- имевшие место после возвращения в страну постоянного проживания;
- на лечение от алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- на лечебные и диагностические процедуры, не рекомендованные врачом, в случае если, по мнению врача, назначенного Страховщиком, они не являются экстренными или могут быть заменены альтернативными лечебными и диагностическими процедурами. При этом врач-эксперт, назначенный Сервисной компанией и/или Страховщиком, должен иметь свободный доступ к Застрахованному лицу и возможность ознакомиться с его историей болезни;

- на физиотерапию и восстановительное лечение;

4.4.3. возникновении расходов на лечение заболеваний или последствий несчастного случая, находящиеся в прямой причинно-следственной связи между действиями Застрахованного лица и возникшими расходами, вызванными:

- нахождением Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- автотранспортной аварией, если Застрахованное лицо управляло средством транспорта, не имея водительских прав, или передало управление лицу, не имеющему водительских прав;

- болезненным состоянием, являющимся следствием употребления возбуждающих, алкогольных напитков и веществ, наркотических и токсических веществ или препаратов, имеющих наркотическое действие;

- неправомерными действиями Застрахованного лица;

- полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по установленному маршруту, на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом; полетом Застрахованного лица на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах, а также прыжков с парашютом;

- случаями, при которых Застрахованное лицо по собственной воле пренебрег средствами защиты от прямого или косвенного воздействия ионизирующей или проникающей радиации.

4.5. По взаимной договоренности между Страховщиком и Страхователем в условия Договора страхования могут быть внесены дополнения и уточнения. При этом вносимые Сторонами дополнения и уточнения не могут противоречить действующему законодательству Российской Федерации и основным положениям настоящих Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. По настоящим Правилам страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Размер страховой суммы устанавливается по каждому объекту страхования, включенному в Договор страхования.

Договором страхования по любому объекту страхования, риску, виду расходов могут быть предусмотрены лимиты ответственности.

В случаях увеличения страховой суммы, Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию за не истекший срок действия Договора страхования.

В случаях уменьшения страховой суммы, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии с учетом времени, в течение которого действовало страхование и расходов на ведение дела за минусом ранее произведенных выплат.

5.3. Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая сумма (лимиты возмещения) может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации.

5.4. По соглашению Сторон в Договоре страхования может быть установлена франшиза.

Франшиза - часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

5.4.1. При установлении в Договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

5.4.2. При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

6.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные в Договоре страхования.

6.2. Размер страховой премии исчисляется, исходя из страховых сумм, страхового тарифа, срока страхования, франшизы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, применяет разработанные им базовые страховые тарифы.

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

6.3. Страховщик имеет право к базовому страховому тарифу применять повышающие либо понижающие коэффициенты, в зависимости от степени страхового риска, рода занятий Застрахованного лица и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов в определенных диапазонах являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании информации и документов, представленных Страхователем.

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год. При сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в процентах от годовой страховой премии (страхового тарифа), если иное не предусмотрено Договором страхования:

Срок страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой премии	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме

годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц, при этом неполный месяц принимается за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.4. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно за весь срок действия Договора страхования, если иное не установлено Договором страхования, наличными деньгами или путем безналичных расчетов.

При уплате страховой премии в рассрочку, Страховщик при расчете страховой премии вправе применить повышающий коэффициент.

6.5. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

6.5.1. При безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо уполномоченного представителя Страховщика.

6.5.2. При наличной оплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо уполномоченному представителю Страховщика с получением документа об оплате.

6.6. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии)/первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и/или в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения страховой премии/первого страхового взноса не в полном объеме.

6.7. Последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса):

6.7.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность) в установленные Договором страхования сроки страховой премии, а равно при неуплате страховой премии в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью. При этом полученная Страховщиком не в полном объеме страховая подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента ее получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты страховой премии, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.7.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, на основании п.3 ст.954 Гражданского кодекса Российской Федерации настоящими Правилами определяется следующее последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающему внесение страховой премии в рассрочку:

6.7.2.1. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки первого страхового взноса, а равно при неуплате первого страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда первый страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом полученный Страховщиком не в полном объеме первый страховой взнос подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его

получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты первого страхового взноса, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения;

6.7.2.2. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения;

6.7.2.3. неуплата Страхователем – физическим лицом в установленные Договором страхования сроки страховой премии/очередного страхового взноса, а равно неуплата страховой премии/очередного страхового взноса в полном размере, на основании ст.958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия/очередной страховой взнос должны были быть уплачены полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае если уплата страховой премии производится в рассрочку, и страховой случай произошел до наступления срока уплаты очередного страхового взноса (второго, третьего и т.д.), Страхователь обязан досрочно оплатить всю оставшуюся сумму неуплаченных страховых взносов по Договору страхования, либо Страховщик вправе зачесть сумму просроченного страхового взноса при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения по Договору страхования.

6.9. Страховая премия устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая премия может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации (далее - Банк России), установленному для иностранной валюты на дату оплаты, указанную в Договоре страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку (при уплате дополнительной страховой премии при увеличении страхового риска или изменении иных условий Договора страхования) очередная (или дополнительная) часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Банка России, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного (или дополнительного) страхового взноса.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования (Полис) заключается на срок, установленный по соглашению Сторон.

7.2. Действие Договора страхования (если его условиями не предусмотрено иное) при условии уплаты страховой премии в полном объеме или первого ее взноса (при оплате в рассрочку) соответствует сроку действия проездного документа.

Договор страхования может заключаться, в соответствии с условиями Договора страхования, на срок перевозки «туда» или на срок перевозки «туда и обратно».

7.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие:

7.3.1. в части личного и медицинского страхования - с момента прибытия Застрахованного лица на территорию вокзала, в котором перевозка начинается, но не ранее чем за 3 (три) часа до времени отправления рейса, указанного в билете, и до момента выхода Застрахованного с территории вокзала, в котором перевозка заканчивается, но не позднее чем через 2 (два) часа после фактического времени завершения перевозки, согласно проездного документа (если иное не предусмотрено Договором страхования). Прибытием транспортного средства в место назначения считается момент его остановки на пути приема для посадки, высадки пассажиров и производства других технологических операций.

Транзитные пассажиры считаются застрахованными на территории промежуточного вокзала, за исключением территорий (помещений), не предназначенных для нахождения пассажиров, на весь период ожидания и посадки в транспортное средство (но в любом случае не более 24 часов). Страхование транзитных пассажиров прекращается в случае оставления ими указанной территории (помещения) и возобновляется при возвращении обратно.

Транзитные пассажиры, не имеющие визы для пребывания в Российской Федерации, которым перевозчик предоставил гостиницу, остаются застрахованными на территории этой гостиницы, во время трансфера до нее и обратно в вокзал.

7.3.2. в части страхования имущества - с момента принятия перевозчиком багажа к перевозке и до момента выдачи перевозчиком багажа Страхователю в пункте прибытия;

7.3.3. в части страхования финансовых рисков - с момента, указанного в билете в качестве срока начала перевозки («даты отправления») и до фактического момента начала перевозки (включая перевозку «обратно», при страховании «туда и обратно»), а также включая транзитные пересадки. В случае задержки рейса, срок действия Договора страхования пролонгируется на срок фактического момента начала перевозки.

7.4. Договор страхования прекращается в случае истечения срока его действия (Договор страхования прекращается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как день его окончания).

7.5. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен в следующих случаях:

7.5.1. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) по Договору страхования в полном объеме.

7.5.2. Если после вступления в силу Договора страхования возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.5.3. 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 (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.5.4. При отказе Страхователя от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

Отказом Страхователя от Договора страхования, в частности является:

- неуплата Страхователем физическим лицом в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере;
- полный отзыв согласия Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) физического лица на обработку его персональных данных;

7.5.4.1. В случае отказа Страхователя физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения независимо от причины отказа и от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату в следующем порядке:

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, 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.

7.5.4.2. В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование вступило в силу, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование в силу не вступило, уплаченная страховая премия подлежит возврату в порядке, предусмотренном п.7.6. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное;

7.5.4.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие по основаниям, предусмотренным в п.7.5.4. настоящих Правил, с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

7.5.5. При отказе Страховщика от Договора страхования.

Страховщик вправе отказаться от Договора страхования в соответствии со ст.328 и ст.450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации;

7.5.6. По соглашению Сторон (при этом порядок и форма возврата части страховой премии определяется соглашением Сторон), в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. В случае если Договором страхования предусмотрен возврат Страхователю страховой премии (части страховой премии) Страховщик производит наличными деньгами или в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении или об отказе от Договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела (за исключением п.7.5.5. настоящих Правил и, если иное не предусмотрено

Договором страхования, когда заявление Страхователя не предоставляется) и за минусом ранее произведенных выплат. При этом, неполный месяц страхования принимается за полный.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании с валютным эквивалентом, возврат страховой премии производится в рублях по курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату уплаты страховой премии по Договору страхования.

7.7. По запросу Страхователя Страховщик один раз бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и(или) условия настоящих Правил и/или Договора страхования.

7.8. Изменение и расторжение Сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.9. Действие досрочно прекращаемого Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

7.10. Досрочное прекращение действия Договора страхования не освобождает Стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия Договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления Страхователя и должен отвечать общим условиям сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

Договор страхования может быть заключен путем вручения Страхователю, подписанного Страховщиком Договора страхования, в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

В случае направления Страховщиком Страхователю Договора страхования, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации, такой Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных условиях.

8.1.1. С целью определения правоспособности Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к заключению Договоров страхования Страховщик вправе запросить и проверить у Страхователя следующие документы, конкретный перечень которых определяется в зависимости от условий страхования:

а) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (юридических лиц/индивидуальных предпринимателей):

- учредительные документы (Устав, изменения в Устав (при их наличии));
- удостоверение личности (при заключении Договоров страхования с индивидуальными предпринимателями);
- свидетельство/лист записи о постановке на учет в налоговом органе;
- свидетельство о государственной регистрации юридического лица. Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) о

юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 года, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП).

Документом, подтверждающим факт внесения записи в ЕГРЮЛ или ЕГРИП после 03.07.2013, является:

При создании (в том числе путем реорганизации) юридического лица, приобретении физическим лицом статуса индивидуального предпринимателя – свидетельство и прилагаемый к нему лист записи, форма и содержание которых утверждены приказом ФНС России от 13.11.2012 №ММВ-7-6/843@ «Об утверждении формы и содержания документа, подтверждающего факт внесения записи в ЕГРЮЛ юридических лиц или Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей».

Документом, подтверждающим факт внесения записи в ЕГРЮЛ или ЕГРИП после 01.01.2017, является лист записи, форма и содержание которого утверждены приказом ФНС России от 12.09.2016 N ММВ-7-14/481@;

- выписка из ЕГРЮЛ – для юридических лиц, выписка из ЕГРИП – для индивидуальных предпринимателей;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени контрагента (решение полномочного органа контрагента об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д.), копия паспорта), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), приказы о назначении на должность;

- решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение Договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами контрагента и/или действующим законодательством Российской Федерации.

б) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- удостоверение личности;

- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (при наличии);

- документ, подтверждающий полномочия представителя на заключение Договора страхования (т.е. оформленная в установленном законом порядке доверенность);

в) у иностранных контрагентов (нерезидентов Российской Федерации):

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным Договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность;

- документы, подтверждающие правоспособность иностранного контрагента (регистрацию иностранного юридического лица);

- положение о филиале, представительстве, в случае если иностранный контрагент действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;

- документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени иностранного контрагента.

Документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом и/или быть легализованы в установленном порядке.

8.1.2. Документы, указанные выше предоставляются в виде оригиналов для свидетельствования представителем Страховщика (в соответствии с наделенными полномочиями на заверение копий документов) верности копии с подлинника или в виде копий, удостоверенных в предусмотренном действующим законодательством порядке.

8.2. Если по Договору страхования застраховано несколько лиц, к Договору страхования прилагается список Застрахованных лиц с указанием, в том числе фамилии, имени, отчества, возраста, домашнего адреса, паспортных данных, профессии, назначенных ими Выгодоприобретателей, если иное не оговорено Договором страхования.

Страхователь имеет право в период действия Договора страхования вносить изменения в список Застрахованных лиц. Для этого он с согласия Застрахованного лица письменно сообщает Страховщику фамилии, имени, отчества и другие сведения о Застрахованных лицах, как подлежащих исключению из списка, так и включаемых в него (в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота).

8.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

Существенными признаются, обстоятельства, оговоренные в Договоре страхования или в письменном запросе Страховщика.

8.4. Страхователь при заключении Договора страхования выбирает страховые риски (страховые случаи) из перечисленных в пп.3.3.1. - 3.3.4. настоящих Правил.

8.5. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. Подтверждением в получении Страхователем настоящих Правил является подпись (при электронном обмене информацией - простая электронная подпись) Страхователя в Договоре страхования.

8.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также, если он заключен после наступления страхового случая.

При недействительности Договора страхования каждая из Сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности Договора страхования не предусмотрены законом.

Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации.

8.7. В случаях, установленных Страховщиком, Договор страхования может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.ugsk.ru, далее – официальный сайт, сайт Страховщика).

При этом указанный официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Страховщик может установить ограничения на использование сайта для заключения, изменения, прекращения действия Договоров страхования в электронной форме по отдельным Договорам страхования.

8.8. Создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме для заключения, изменения и прекращения Договора страхования осуществляются с использованием официального сайта Страховщика через персональную страницу Страхователя на данном сайте (далее – личный кабинет). Условия создания и использования личного кабинета подлежат размещению на сайте Страховщика.

8.9. Создание личного кабинета и доступ к нему Страхователя может осуществляться путем идентификации, аутентификации/авторизации (в том числе с использованием единой системы идентификации и аутентификации), то есть установления

личности Страхователя и удостоверения правомочности его обращения к Страховщику с указанием следующих сведений: фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации), адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при наличии), адреса его электронной почты, абонентского номера, выделенного оператором подвижной радиосвязи (мобильного телефона) (при наличии), иных необходимых сведений.

8.10. Доступ к сайту Компании Страхователя – физического лица, в том числе, с использованием единой системы идентификации и аутентификации осуществляется с согласия Страхователя – физического лица на передачу персональных данных в информационные системы Компании, выраженного посредством совершения им действий, позволяющих достоверно установить его волеизъявление, в том числе, посредством проставления отметки в специально предусмотренных полях (графах), размещенных в запросных формах на сайте Страховщика.

8.11. После создания личного кабинета Страховщик направляет на указанные Страхователем абонентский номер и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, позволяющим использовать личный кабинет для осуществления страхования и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

8.12. Создание личного кабинета Страхователя – юридического лица осуществляется при условии использования юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписи клиента – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

8.13. Сведения, необходимые для создания личного кабинета Страхователя на сайте Компании, могут быть предоставлены лицом, намеревающимся заключить Договор страхования, также при его личном приеме в офисе Страховщика. В этом случае, Страховщик при личном приеме физического лица создает и предоставляет клиенту на бумажном носителе ключ простой электронной подписи для обеспечения заключения Договора страхования без необходимости осуществления действий для создания личного кабинета, и одновременно сообщает лицу, использующему простую электронную подпись, необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

По решению Страховщика Личный кабинет также может быть создан Выгодоприобретателем для целей урегулирования убытков (в том числе, для направления уведомлений и документов).

8.14. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь на сайте Страховщика после создания личного кабинета заполняет заявление на страхование, либо предоставляет запрашиваемые Страховщиком сведения, а также предоставляет копии документов, предусмотренных настоящими Правилами или условиями страхования на сайте Страховщика.

Заявление на страхование, поданное в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

При заключении Договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif. и т.д.) путем их загрузки в личный кабинет.

8.15. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя - физического лица или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в

соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица или уполномоченного представителя юридического лица.

8.16. В случаях, установленных Страховщиком, заявление на страхование (для заключения Договора страхования в виде электронного документа) может быть подано в бумажном виде.

8.17. Заключение Договора страхования в электронной форме производится без предварительного (предстрахового) медицинского обследования (освидетельствования) Застрахованных лиц и предстрахового осмотра имущества, если иного не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

8.18. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», пунктом 4 статьи 6.1 Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования, составленный в виде электронного документа, направляемый Страхователю на основании его заявления, и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью уполномоченного представителя Страховщика.

8.19. При заключении Договора страхования в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования (Полисе) и Правилах, направленных на адрес его электронной почты и/или в его личный кабинет, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования в виде электронного документа считается заключенным с момента уплаты страховой премии (страхового взноса).

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил, условиями страхования может подтверждаться в том числе, специальными отметками, проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

Настоящие Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования, заключенного в виде электронного документа.

8.20. Исполнение Договора страхования, заключенного в форме электронного документа, включая исполнение обязанностей Сторон Договора страхования, производится в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и условиями страхования.

К Договору страхования, заключенному в виде электронного документа, применяются положения настоящих Правил, если они не противоречат положениям настоящего пункта, нормам законодательства или существу обязательства.

8.21. В случае утери Страхователем Договора страхования (Полиса), по его письменному заявлению может быть выдан его дубликат (кроме Полиса, составленного в виде электронного документа), о чем в дубликате Договора страхования делается соответствующая запись. Утраченный Договор страхования признается недействительным, и никакие выплаты по нему не производятся.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь вправе:

9.1.1. знакомиться с настоящими Правилами, а также получать любые разъяснения по заключенному Договору страхования и настоящим Правилам;

9.1.2. отказаться от Договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

9.1.3. получить дубликат Договора (Полиса) страхования, в случае утери подлинника;

9.1.4. по согласованию со Страховщиком вносить изменения в условия Договора страхования;

9.1.5. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. сообщать Страховщику достоверную информацию имеющую значение для определения степени страхового риска;

9.2.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и порядке;

9.2.3. довести до сведения Застрахованных лиц их права, обязанности и условия страхования;

9.2.4. незамедлительно обратиться в медицинскую организацию и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов медицинской организации, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим страховым событием.

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если Договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является травма или постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая;

9.2.5. ознакомить законного представителя Застрахованного лица с условиями Договора страхования;

9.2.6. в период действия Договора страхования незамедлительно сообщить Страховщику, с последующим письменным подтверждением в течение 5 (пять) рабочих дней обо всех ставших ему известными обстоятельствах, существенно увеличивающих степень страхового риска. Значительным признаются изменения любых сведений, оговоренных в Договоре страхования, устном заявлении на страхование или письменном ответе Страхователя, в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота;

9.2.7. при наступлении страхового события:

9.2.7.1. любым доступным способом сообщить о случившемся Страховщику в течение 30 (тридцать) рабочих дней, или, если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то в течение 30 (тридцать) рабочих дней, следующих за днем его выписки из стационара (если иной срок не установлен Договором страхования), в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота.

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если Договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является травма или постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая, либо на Выгодоприобретателя или наследника Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая;

9.2.7.2. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры по уменьшению возникшего ущерба. Если это представляется возможным, Страхователь должен запросить у Страховщика инструкции, которые ему следует выполнять;

9.2.8. предоставить документы, затребованные Страховщиком, для подтверждения факта наступления страхового события, а также полные банковские реквизиты получателя для перечисления Страховщиком страховой выплаты (в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота).

9.3. Страховщик вправе:

9.3.1. проверять информацию, сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) в заявлении на страховую выплату, а также выполнение Страхователем своих обязанностей;

9.3.2. запрашивать у Страхователя информацию, имеющую значение для определения степени страхового риска, размера страхового тарифа и страховых выплат;

9.3.3. в случае необходимости запрашивать сведения, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая, у правоохранительных органов, медицинских организаций, других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового события, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового события;

9.3.4. при наступлении страхового события, в случае необходимости, потребовать прохождение Застрахованным лицом медицинского обследования;

9.3.5. требовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

9.3.6. требовать признания Договора страхования недействительным, если Страхователь при заключении Договора страхования сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не были известны и не должны были известны Страховщику;

9.3.7. отказать в страховой выплате, в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

9.3.8. при увеличении степени страхового риска в течение срока действия Договора страхования потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии. При уплате дополнительной страховой премии Страхователь подписывает дополнительное соглашение об изменении условий Договора страхования.

В случае электронного документооборота, Страховщиком Страхователю направляется дополнительное соглашение об изменении условий Договора страхования, составленное в виде электронного документа, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации, которое считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем дополнительной части страховой премии соразмерно увеличению риска.

При несогласии Страхователя на изменение условий Договора страхования или уплату дополнительной страховой премии Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации;

9.3.9. отсрочить принятие решения о выплате страхового возмещения (составление Страхового акта или мотивированного отказа) в случае:

9.3.9.1. непредоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) документов и сведений, необходимых для установления причин, характера произошедшего события или предоставления заведомо ложных документов и сведений - до предоставления документов, оформленных надлежащим образом;

9.3.9.2. если Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель), имея к тому возможность, не обратилось или несвоевременно обратилось в компетентные органы, что делает невозможным проведение оценки обстоятельств произошедшего события, имеющего признаки страхового случая;

9.3.9.3. если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования Застрахованного лица - до даты проведения освидетельствования Застрахованного лица (если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования). В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования осмотра имущества в согласованную со Страховщиком дату,

Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление о страховой выплате, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем);

9.3.9.4. если лицо, обратившееся за страховой выплатой (получатель страховой выплаты) не предоставило документ, удостоверяющий личность, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты - до получения вышеуказанных документов, оформленных надлежащим образом;

9.3.10. провести проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Выгодоприобретателя) при заключении Договора страхования или при принятии решения о страховой выплате (в части страхования имущества).

При этом, Договор страхования (в части страхования имущества), заключенный при отсутствии у Страхователя или Выгодоприобретателя интереса в сохранении застрахованного имущества, недействителен.

9.3.11. продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный Договором страхования, в случае не предоставления полных банковских реквизитов получателя страхового возмещения, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения вышеуказанных документов, оформленных надлежащим образом;

В случае продления/приостановки Страховщиком срока выплаты страхового возмещения, Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте продления/приостановки и запрашивает у него недостающие сведения/документы.

9.3.12. применять ограничения на диапазон изменения курса валюты, используемого Страховщиком в качестве допустимого для осуществления страхования в выбранной валюте (с целью контроля над возникающим валютным риском). Применение таких ограничений возможно при установлении в Договоре страхования диапазона изменения курса иностранной валюты, а также использовании иных финансовых инструментов, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами (в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя) и вручить/направить ему один экземпляр;

9.4.2. выдать/направить Страхователю Договор страхования (Полис) с приложением настоящих Правил и иные документы, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования (программы, планы, дополнительные условия страхования и другие документы в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) и разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре страхования. При направлении вышеперечисленных документов в рамках соглашения об электронном взаимодействии или в рамках соглашения об электронном документообороте, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;

9.4.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем и полученных из других источников о самом Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе) и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.4. давать компетентные разъяснения Страхователю, Застрахованному лицу, представителю Застрахованного лица, Выгодоприобретателю, по всем возникающим вопросам по Договору страхования;

9.4.5. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные п.10.1. настоящих Правил, если иной срок не предусмотрен Договором страхования;

9.4.6. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) с мотивированным обоснованием причин отказа (в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота);

9.4.7. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя при их обработке;

9.4.8. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя) о форме и способах осуществления страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования и порядке их изменения;

9.4.9. по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (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», предоставить бесплатно:

- информацию о расчете суммы страховой выплаты;
- исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

- документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в выплате страхового возмещения (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

9.4.10. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя) обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые он 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;

9.4.11. обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц), их представителей, а также получателей страховой выплаты в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при заключении Договора страхования и/или при урегулировании требований о страховой выплате;

9.4.12. при оплате страховой премии в рассрочку, проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет Страхователя (при наличии) путем электронного документооборота/взаимодействия;

9.4.13. уведомить Страхователя (Застрахованное лицо) о дополнительных условиях и требованиях для заключения Договора страхования (при наличии таких требований);

9.4.14. по запросу Страхователя предоставить ему копии Договора страхования (Полиса) и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правил, страховых программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за

исключением информации, не подлежащей разглашению. При этом, Страховщик обязан предоставить Страхователю копии, указанных документов по действующим Договорам страхования бесплатно один раз;

9.4.15. по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.5. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности Сторон, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству Российской Федерации.

9.6. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил, если он является физическим лицом или индивидуальным предпринимателем, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации 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.

Согласие Страхователя на обработку персональных данных действует в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет с момента окончания действия Договора страхования (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать свое 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, а Договор страхования считается прекращенным досрочно. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе и при расторжении) или отзыва на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

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

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

10.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, после получения Заявления о выплате страхового возмещения Страховщик

обязан, в течение не более 10 (десять) рабочих дней после получения всех необходимых документов, предусмотренных п.11.1. настоящим Правил и сведений, предусмотренных п.9.3.3. настоящих Правил составить Страховой акт и произвести расчет суммы страховой выплаты либо принять решение об отказе в страховой выплате.

10.1.1. В случае принятия решения о выплате, Страховщик в течение 7 (семь) рабочих дней со дня подписания Страхового акта производит выплату страхового возмещения. Страховщик и Страхователь и/или Выгодоприобретатель вправе в Договоре страхования указать иной срок рассмотрения претензии и выплаты страхового возмещения.

10.1.2. В случае принятия решения об отказе в выплате, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе направить Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота/взаимодействия) со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

При наличии споров о правомерности признания произошедшего события страховым случаем, размерах причиненного вреда (ущерба) и/или о наличии у Выгодоприобретателя права на получение страхового возмещения и т.п., выплата страхового возмещения производится в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, на основании вступившего в законную силу:

- решения уполномоченного по правам потребителей финансовых услуг – физических лиц;
- решения суда.

10.2. При наступлении страхового случая Страховщик производит выплату страхового возмещения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями Договора страхования:

10.2.1. Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении какого-либо события, предусмотренного пп.3.3.1.1-3.3.1.2. настоящих Правил;

10.2.2. наследникам Застрахованного лица по закону, если Договором страхования Выгодоприобретатель не назначен – в случае смерти Застрахованного лица в результате события, предусмотренного п.3.3.1.3. настоящих Правил;

10.2.3. Страхователю (Выгодоприобретателю) при наступлении события, предусмотренного пп.3.3.2. настоящих Правил;

10.2.4. Страхователю (Застрахованному лицу) при наступлении события, предусмотренного п.3.3.3. настоящих Правил;

10.2.5. Сервисной компании при наступлении события, предусмотренного п.3.3.4 настоящих Правил.

10.3. Если в Договоре страхования установлена единая страховая сумма по страховым случаям, предусмотренным пп.3.3.1.1.-3.3.1.3. настоящих Правил, то при наступлении страхового случая размер страховой выплаты рассчитывается в соответствии с пп.10.4.-10.6. настоящих Правил, исходя из единой страховой суммы. При этом общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом в течение срока действия Договора страхования, не может превышать единой страховой суммы. Если в Договоре страхования установлены отдельные страховые суммы по страховым случаям, предусмотренным пп.3.3.1.1.-3.3.1.3. настоящих Правил, то при наступлении страхового случая размер страховой выплаты рассчитывается в соответствии с размерами, указанными в пп.10.4.-10.6. настоящих Правил, исходя из отдельной страховой

суммы по соответствующему страховому случаю, и выплачивается независимо от предыдущих выплат по другим страховым случаям.

10.4. Страховая выплата в связи с событиями, указанными в п.3.3.1.1. настоящих Правил производится в размере, рассчитанном в соответствии с Таблицами размеров страховой выплаты в процентах от страховой суммы (далее – Таблица выплат). Общая сумма выплат по всем случаям наступления травм, произошедшим с Застрахованным лицом за весь срок страхования, не может превышать размера страховой суммы по данному риску. При создании страховых Программ на основе настоящих Правил Страховщик вправе пользоваться усеченными вариантами Таблицы выплат.

При одновременном повреждении различных органов размер страховой выплаты рассчитывается отдельно по каждому повреждению, а затем суммируется. Суммарный размер страховой выплаты не должен превышать 100 % страховой суммы.

10.4.2. Если после осуществления страховой выплаты по риску «травма в результате несчастного случая», будет достоверно установлено и подтверждено соответствующими документами, что травмы Застрахованного лица оказались более серьезными, чем было установлено первоначально, и согласно Таблице выплат, Застрахованному лицу положены выплаты в большем объеме, чем было выплачено первоначально, страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены при условии, что Страховщику предоставлены соответствующие подтверждающие документы.

10.5. Страховая выплата в связи с событием, указанным в п.3.3.1.2. настоящих Правил - установление Застрахованному лицу, достигшему 18 лет, инвалидности вследствие несчастного случая производится в следующих размерах (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) от страховой суммы по этому риску:

- 100% - при установлении I группы инвалидности,
- 70% - при установлении II группы инвалидности,
- 40% - при установлении III группы инвалидности.

При установлении Застрахованному лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» страховая выплата производится в следующих размерах (если иной размер не предусмотрен Договором страхования) от страховой суммы по этому риску:

- 100% - при установлении категории до достижения возраста 18 лет,
- 70% - при установлении категории сроком на 2 года,
- 40% - при установлении категории сроком на 1 год.

10.5.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то в случае установления Застрахованному лицу инвалидности III группы в течение срока страхования и осуществления ему соответствующей единовременной страховой выплаты, при установлении в течение срока страхования Застрахованному лицу II группы инвалидности, страховая выплата производится в размере разницы между произведенной выплатой по III группе инвалидности и выплатой по II группе инвалидности. В случае установления Застрахованному лицу инвалидности II группы в течение срока страхования и осуществления ему соответствующей единовременной страховой выплаты, при установлении в течение срока страхования Застрахованному лицу I группы инвалидности, страховая выплата производится в размере разницы между произведенной выплатой по II группе инвалидности и выплатой по I группе инвалидности. Страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены, если Страховщику заявлено об изменении группы инвалидности в течение срока страхования или одного года после наступления страхового случая и предоставлены соответствующие документы.

10.6. Страховая выплата в связи с событием, указанным в п.3.3.1.3. настоящих Правил - смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая производится в размере 100% страховой суммы по этому риску, при условии, что данному Застрахованному лицу не производилась выплата по инвалидности в соответствии с п.10.5. настоящих Правил.

В случае установления Застрахованному лицу инвалидности в течение срока страхования и осуществления ему соответствующей единовременной страховой выплаты, при наступлении в последующем смерти Застрахованного лица, находящейся в прямой причинной связи с произошедшим несчастным случаем, страховая выплата производится в размере разницы между произведенной выплатой по инвалидности и выплатой по риску смерти.

10.7. Страховая выплата в связи с событиями, указанными в п.3.3.2. настоящих Правил производится в размере (если иное не предусмотрено Договором страхования):

10.7.1. При утрате (гибели) багажа выплата производится в размере 1000 рублей за каждый килограмм утраченного (погибшего) багажа, но в любом случае не более размера страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

10.7.2. При недостатке или повреждении багажа выплата производится в размере 500 рублей за каждый килограмм поврежденного багажа, но не более суммы ущерба и в любом случае в пределах размера страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

10.7.3. При задержке выдачи багажа более чем на 12 часов (если иное время не указано в Договоре страхования (Полисе)) выплата производится на основании подтвержденных документов перевозчика (аэропорта, пристани, вокзала и т.п.):

а) расходы Застрахованного лица на предметы/товары/услуги первой необходимости в период задержки багажа.

Под расходами на предметы/товары/услуги первой необходимости в рамках настоящих Правил понимаются расходы, понесенные фактически или ожидаемо подлежащие несению Застрахованным лицом в целях обеспечения своей нормальной жизнедеятельности в период задержки багажа.

В рамках настоящих Правил расходы на предметы/товары/услуги первой необходимости в связи с задержкой багажа считаются понесенными через 12 (двенадцать) часов по сравнению со временем прибытия рейса, если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное.

Расходы на предметы/товары/услуги первой необходимости в связи с задержкой багажа могут быть определены Договором страхования (Полисом) в абсолютном или относительном (по отношению к страховой сумме) размере, в том числе как произведение количества килограммов багажа, выдача которого задержана перевозчиком, и установленной Договором страхования (Полисом) суммы;

б) документально подтвержденные расходы на приобретение предметов/товаров первой необходимости, в период задержки багажа.

При этом, если в Договоре страхования не указано иное, предметами/товарами первой необходимости считаются минимально необходимые предметы одежды, личной гигиены (в том числе по уходу за детьми), детское питание, назначенные врачом медикаменты, зарядное устройство для мобильного телефона/планшета или иной портативной электроники;

в) расходы на аренду:

- горнолыжного, альпинистского, сноубордического оборудования, оборудования для подводного плавания или иного спортивного инвентаря;

- детской коляски и/или детского удерживающего устройства для перевозки в автомобиле, оплата которой была произведена в период задержки багажа;

- транспортные расходы на поездку из места пребывания до аэропорта и обратно в пределах 2 000 (двух тысяч) рублей.

10.8. Страховая выплата в связи с событиями указанными в п.3.3.3.1. настоящих Правил производится (если иное не предусмотрено Договором страхования) в размере фактически произведенных в период задержки транспортного средства и документально подтвержденных расходов в пределах лимитов возмещения, указанных в п.10.8.1. настоящих Правил, за каждый полный час задержки начала перевозки после первых 3

(трех) часов задержки, при этом неполный час округляется до полного часа в меньшую (1-29 минут) или большую (30-59 минут) сторону.

10.8.1. Лимиты возмещения:

- при задержке свыше 3 (трех) и до 6 (шести) часов (включительно) – 300 рублей в час, начиная с 4 (четвертого) часа по 6 (шестой) час включительно (если иное не предусмотрено Договором страхования);

- при задержке свыше 6 (шести) часов - 300 (триста) рублей в час после первых 3 (трех) часов задержки (с 4 (четвертого) по 6 (шестой) час включительно) и 500 (пятьсот) рублей в час, начиная с 7 (седьмого) часа задержки (если иное не предусмотрено Договором страхования), но суммарно в любом случае не более установленной в Договоре страхования страховой суммы.

10.8.2. Возмещению подлежат исключительно следующие расходы:

- расходы на телефонные звонки близким родственникам;
- расходы на отправку близким родственникам сообщений по электронной почте;
- расходы на безалкогольные напитки;
- расходы на питание;
- расходы на размещение в гостинице при задержке более шести часов;
- расходы по пользованию дополнительными сервисными услугами: интернет, просмотр видеофильмов, отправка телеграмм, пользование платными справочными и услугами служб заказа;

- расходы по хранению багажа;

- транспортные расходы на поездку Застрахованного лица от вокзала к месту постоянного/временного проживания (и обратно) в пределах вышеуказанных лимитов, но в совокупности не более 1500 (одна тысяча пятьсот) рублей (если иное не предусмотрено Договором страхования).

10.9. Страховая выплата в связи с событиями, указанными в п.3.3.3.2. настоящих Правил производится в пределах размера расходов, связанных с аннулированием проездных документов для осуществления запланированной поездки, в том числе невозвращаемые сборы и (или) таксы; разницы в тарифах экономического класса при перебронировании на другую дату (позже 24 часов от времени вылета в аннулированном билете), но в любом случае не более размера страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

10.10. Страховая выплата в связи с событиями, указанными в п.3.3.4. настоящих Правил производится в пределах размера страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

Страховое возмещение в связи с событиями, указанными в п.3.3.4. настоящих Правил включает:

- оплату по амбулаторному и стационарному (в палате стандартного типа) лечению (консервативное и хирургическое), включая расходы на врачебные консультации и услуги, на необходимые и целесообразно проведенные диагностические исследования, лабораторную диагностику, на рентгенологические исследования, процедуры, на проведение операций.

При подозрении на наличие у Застрахованного лица какого-либо заболевания или состояний, перечисленных в пп.3.5.4.1. - 3.5.4.3. настоящих Правил, оплачиваются расходы, связанные с предоставлением минимума медицинских услуг по купированию неотложного состояния, до тех пор, пока угроза для жизни исчезнет;

- оплату визита врача к Застрахованному лицу, необходимого по медицинским показаниям;

- оплату назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств, простых средств фиксации (шин, гипсовых повязок), специальных креплений, приспособлений и устройств, и иных вспомогательных средств;

- оплату за предоставление медицинской техники и вспомогательных средств (костылей, инвалидных колясок, других предметов медицинской техники и иных вспомогательных средств, предписанных лечащим врачом);

- экстренную стоматологическую помощь с обезбоживанием, при острой зубной боли, при разрушении зуба или потере зуба вследствие травм, полученных в результате несчастного случая в период действия Договора страхования, при необходимости удаление зуба, исключая протезирование, в размере до 200 у.е. в валюте (если иное не предусмотрено Договором страхования), указанной в Договоре страхования, при этом под экстренной стоматологической помощью понимаются расходы на осмотр, первую помощь при острой боли, назначение болеутоляющих медикаментов, рентген, закрытие полости зуба временной пломбой, удаление зуба при остром воспалении или травме;

- транспортировку Застрахованного лица в ближайшую медицинскую организацию для оказания медицинской помощи, в том числе медицинских услуг;

- эвакуацию Застрахованного лица с необходимым сопровождением из медицинской организации, в которое он был доставлен с места происшествия, в медицинскую организацию, оборудованную для лечения полученных им телесных повреждений или данного конкретного заболевания, в том числе находящееся в месте постоянного проживания Застрахованного лица;

- оплату медицинской эвакуации (репатриации), в том числе экстренной: на транспортировку соответствующим транспортным средством (включая расходы на сопровождающее лицо, если такое сопровождение предписано врачом) из-за границы до места оказания необходимой медицинской помощи, в том числе медицинских услуг, в медицинскую организацию в стране постоянного проживания Застрахованного лица, или до ближайшей медицинской организации по месту жительства, при условии, что в стране временного пребывания отсутствует возможность для предоставления требуемой медицинской помощи, в том числе медицинских услуг, и/или принятия Страховщиком решения о проведении медицинской эвакуации (репатриации) для снижения расходов по пребыванию в стационаре, и/или когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в Договоре страхования лимит ответственности Страховщика.

В случае если расходы на продолжение лечения могут превысить стоимость транспортировки, Страховщик имеет право организовать эвакуацию Застрахованного лица из медицинской организации, в которой он находился, с необходимым медицинским сопровождением до медицинской организации, ближайшей к аэропорту прибытия, указанному в первоначально приобретенном обратном билете Застрахованного лица, с которым есть международное сообщение от места пребывания Застрахованного лица, если в его состоянии такая эвакуация возможна;

- оплату за передачу срочных сообщений семье (по телефону, факсимильной или телеграфной связью) пострадавшего Застрахованного лица в связи с медицинской эвакуацией, медицинской и/или посмертной эвакуацией (репатриацией);

- расходы по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица.

В случае смерти Застрахованного лица Страховщик и/или Сервисная компания организует репатриацию тела и оплатит согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, или в населенный пункт места постоянного проживания Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает расходы по транспортировке тела к порту (воздушному, наземному, морскому), ближайшему к месту предполагаемого захоронения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Лимит ответственности по расходам на передачу информации, если иное не предусмотрено Договором страхования, составляет 3 000 (три тысячи) рублей.

В каждом конкретном случае Страховщик оставляет за собой право выбора транспортного средства, условий и маршрута перевозки, опираясь при этом на медицинское предписание и учитывая размер предполагаемых расходов.

Страховщик оставляет за собой право использовать обратный билет Застрахованного лица, либо доплатить за его досрочное использование.

Расходы Застрахованного лица не возмещаются и гарантии оплаты не предоставляются без предварительного согласия Страховщика.

10.11. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет, или наличными денежными средствами.

Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателю, наследнику) на основании доверенности, оформленной в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании с валютным эквивалентом, выплата страхового возмещения производится в рублях по курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая.

10.12. После страховой выплаты единая страховая сумма, установленная в Договоре страхования, уменьшается на размер произведенной выплаты, если в Договоре страхования оговорены отдельные страховые суммы по страховым случаям, то после страховой выплаты, страховая сумма по данному страховому случаю уменьшается на величину произведенной выплаты.

10.13. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

10.13.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

10.13.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.13.4. умысла Застрахованного лица (Страхователя или Выгодоприобретателя), повлекшего наступление страхового случая.

10.14. Страховщик вправе распространить страховое покрытие на события, указанные в пп.10.13.1. - 10.13.3. настоящих Правил, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

11. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Для получения страховой выплаты Страховщику предоставляются надлежащим образом оформленные следующие документы (в т.ч. с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя путем электронного документооборота) исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком в зависимости от наступившего события:

11.1. По страховым рискам, предусмотренным пп.3.3.1.1.-3.3.1.3. настоящих Правил:

11.1.1. В случае травмы в результате несчастного случая:

- заявление о выплате страхового возмещения;

- Договор страхования (Полис);

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя или иного получателя выплаты) (паспорт);

- заключение рентгенолога при переломах;

- справка медицинской организации о лечении по поводу травмы, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и обстоятельства страхового случая, результаты обследования на день обращения, диагноз, длительность лечения, лечебно - диагностические (медицинские) мероприятия;

- акт о несчастном случае, если травма получена при перевозке пассажиров железнодорожным, воздушным, морским, внутренним водным и автомобильным пассажирским транспортом или при нахождении на территории посадки и высадки пассажиров перед указанной поездкой либо после нее, но не более одного часа после прибытия в пункт назначения;

- документ, предусмотренный действующим законодательством Российской Федерации, выданный уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая с Застрахованным лицом в результате авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, кораблекрушения и иных катастроф;

- полные банковские реквизиты получателя для перечисления страховой выплаты.

11.1.2. В случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) Застрахованным лицом, кроме документов, перечисленных в п.11.1.1. настоящих Правил:

- справка/выписка, заверенная уполномоченным лицом медицинской организации, с указанием полного диагноза, послужившего причиной направления на медико-социальную экспертизу, сведения о дате, когда диагноз впервые установлен;

- заверенная копия направления на освидетельствование в бюро МСЭ (форма 088/у-06);

- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ).

11.1.3. В случае смерти Застрахованного лица, кроме документов, перечисленных в п.11.1.1. настоящих Правил:

- завещательное распоряжение (при наличии);

- нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного лица;

- нотариально заверенная копия медицинского свидетельства о смерти, на основании которого выдано свидетельство о смерти, или решение суда (заверенная копия) о признании Застрахованного лица умершим.

11.2. По страховым рискам, предусмотренным в п.3.3.2. настоящих Правил:

- Договор страхования (Полис);

- заявление о выплате страхового возмещения;

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (паспорт);

- фотографии поврежденного багажа (поврежденные предмет (ы) багажа целиком и отдельно – места повреждений);

- документы, подтверждающие совместное путешествие с Застрахованным лицом – бланки заказов, проездные документы (билеты), справки от перевозчиков, договоры с туристической организацией, оплаченные бронирования гостиниц или апартаментов;

- документы, подтверждающие факт утраты (гибели), недостачи, повреждения, а также задержки выдачи багажа во время перевозки:

а) документы, свидетельствующие об осуществлении компенсационной выплаты перевозчиком или о признании перевозчиком (или иными уполномоченными организациями) факта утраты (гибели) багажа;

б) билет (маршрут-квитанцию электронного билета);

в) копии багажных квитанций (ярлыки/бирки);

г) посадочный талон;

д) документы, свидетельствующие о покупке и стоимости багажа, а также подтверждающие стоимость ремонта поврежденного багажа;

е) коммерческий Акт об утрате (гибели), недостачи или повреждении багажа (property irregularity report), акты общей формы, или справку, выданную официальными правомочными органами -- свидетельствующие об утрате (гибели), недостачи или повреждении багажа;

- поврежденное имущество в целях проведения осмотра и/или оценки;
- годные остатки имущества, которое признано Страховщиком полностью погибшим;
- документы, подтверждающие наличие у Выгодоприобретателя страхового интереса в отношении багажа;

- полные банковские реквизиты получателя для перечисления страховой выплаты.

11.3. По страховым рискам, предусмотренным в п.3.3.3. настоящих Правил:

- Договор страхования (Полис);
- заявление о выплате страхового возмещения;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (паспорт);
- полные банковские реквизиты получателя для перечисления страховой выплаты;
- билет (маршрут-квитанцию электронного билета).

11.3.1. В случае задержки транспортного средства, кроме документов, перечисленных в п.11.3. настоящих Правил:

- документы, свидетельствующие о задержке транспортного средства: отметки времени фактического начала перевозки на документе, соответствующем обычаям делового оборота перевозчика (посадочном талоне/полетном пассажирском купоне и др.);
- документы, подтверждающие регистрацию Застрахованного лица на задержанный (отмененный) рейс: посадочный талон или справку от перевозчика;
- в случае отмены рейса – справку от перевозчика об отмене рейса Застрахованного лица, а также оплаченные билеты на регулярный транспорт, которым была фактически осуществлена перевозка, с указанием даты и времени ее осуществления;
- справку, выданную перевозчиком или иными официальными правомочными органами, и свидетельствующую о причинах задержки и фактическом времени начала перевозки;
- оригиналы документов, подтверждающих состав, размер и факт оплаты понесенных Застрахованным лицом расходов (чеки или квитанции) с указанием даты, времени и наименования.

11.3.2. В случае отказа от поездки, кроме документов, перечисленных в п.11.3. настоящих Правил:

- при невозможности совершить поездку вследствие болезни, травмы или смерти Застрахованного лица или его близких родственников – справка медицинской организации, нотариально заверенная копия свидетельства о смерти, документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного лица и близкого родственника;
- при невозможности совершить поездку вследствие повреждения или гибели имущества, принадлежащего Застрахованному лицу – протоколы милиции или соответствующих административных служб, подтверждающие факт нанесения ущерба;
- при невозможности совершить поездку вследствие судебного разбирательства – выданная судом судебная повестка;
- при невозможности совершить поездку вследствие вызова в военкомат – выданная в военкомате повестка;
- при невозможности совершить поездку вследствие ДТП - документы о ДТП, оформленные и выданные уполномоченным на то сотрудником полиции;
- при невозможности совершить поездку вследствие стихийного бедствия – документы, подтверждающие факт стихийного бедствия, в том числе рекомендации МИД РФ и Ростуризма;
- заверенные перевозчиком и/или его представителем документы, содержащие данные о расходах, связанных с аннулированием проездных документов, в том числе невозвращаемых сборов и (или) такс; разнице в тарифах экономического класса при перебронировании на другую дату.

11.4. По страховым рискам, предусмотренным пп.3.3.4. настоящих Правил:

- Договор страхования (Полис);
- заявление о выплате страхового возмещения;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (паспорт);
- полные банковские реквизиты получателя для перечисления страховой выплаты;
- оригиналы медицинских документов и справки-счета из медицинской организации (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии, имени пациента, даты рождения, номера Договора страхования (Полиса), полного диагноза, состоянии здоровья Застрахованного лица в момент обращения за медицинской помощью, в том числе медицинскими услугами, даты обращения за медицинской помощью, в том числе медицинскими услугами, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате, или медицинские документы о несчастном случае;
- оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента, а также фамилии и имени Застрахованного лица, квитанции за оплату медикаментов;
- оригинал направления врача на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованию и стоимости оказанных услуг;
- документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег и все подтверждения банка о перечислении суммы);
- счета на лечебные и вспомогательные средства вместе с рецептами врачей;
- счета суточных расходов за пребывание в больнице с указанием дня поступления в больницу и выписки из нее;
- квитанционный материал в связи с эвакуацией (реквизицией);
- документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, выданные уполномоченным органом, подтверждающие факт эвакуации Застрахованного лица с необходимым сопровождением из медицинской организации;
- документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, выданные уполномоченным органом, подтверждающие оплату медицинской эвакуации (репатриации), в том числе экстренной;
- транспортные документы, подтверждающие стоимость проезда;
- счета за международные телефонные переговоры с Сервисной компанией и/или Страховщиком.

11.5. Для принятия решения о страховой выплате Страховщик вправе при необходимости направить запрос в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, наследников Застрахованного лица) предоставления дополнительных документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая.

11.6. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о выплате страхового возмещения (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

11.7. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа. Все расходы по сбору и переводу документов, необходимых для получения страховой выплаты, несет получатель страховой выплаты.

Документы и информация, предоставленная Страхователем в целях получения страховой выплаты в электронной форме, признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью, в случае если такие документы подписаны простой электронной подписью Страхователя.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. По спорам, вытекающим из Договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

- проведение переговоров - при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за семь дней до дня переговоров;

- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

12.2. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

12.2.1. Для юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.12.2.2. настоящих Правил), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

12.2.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации (ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» составляет:

- в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», - 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 календарных дней;

- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

В случае неудовлетворения претензий/заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

12.3. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

12.4. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности,

установленных действующим законодательством Российской Федерации.

13. ПОЧТОВЫЕ УВЕДОМЛЕНИЯ

13.1. Согласно статьи 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки или почтовой, телеграфной связью, с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) путем электронного взаимодействия/документооборота, а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), указанный в заявлении на страхование/Договоре страхования влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

1) при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;

2) при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:

- со дня вручения его адресату;
- отказа адресата от его получения;
- по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресата, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);

3) при передаче юридически значимого сообщения с использованием официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) - со дня его доставки по назначению.

13.2. Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик, согласно абзаца 2 пункта 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса данных лиц (в т.ч. адрес электронной почты), указанные в Договоре страхования, а также указанные для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно п.13.1. настоящих Правил. При этом Договор страхования считается измененным в этой части со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно п.13.1. настоящих Правил.

В случае изменения адреса (в т.ч. адрес электронной почты), реквизитов банковского счета одной из Сторон Договора страхования и не изменения этой Стороной Договора страхования в данной части предусмотренным пп.13.1.-13.2. настоящих Правил способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет Сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом №412
от 20 мая 2020 г.

ПРАВИЛА
добровольного страхования
от несчастных случаев и болезней

(номер по классификатору 12, редакция 9)

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.	2
2. ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ.	3
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.	4
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА.	5
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.	5
7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ.	5
8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.	5
9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ.	6
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.	8
11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.	10
12. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА.	11
13. ОСНОВАНИЯ, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.	12
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.	12
15. ПОЧТОВЫЕ УВЕДОМЛЕНИЯ.	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие «Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней» (далее – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

1.2. Под договором добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – договор страхования) в настоящих Правилах понимается соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемых «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в пределах обусловленной договором страхования страховой суммы.

1.3. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования. По соглашению Сторон договор страхования может содержать условия изменяющие, исключающие или дополняющие положения настоящих Правил.

1.4. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями договора страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования, программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (далее – страховой продукт), ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей / Застрахованных лиц. Такие условия страхования, страховые программы прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия страховым продуктам, выпускаемым на основе настоящих Правил.

1.7. Субъекты страхования – Страховщик и лица, указанные в договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

1.8. *Страховщик* – Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория», действующее на основании полученной лицензии.

1.9. *Страхователь* – юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности или индивидуальный предприниматель и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования и уплатившее страховую премию. Страхователями могут выступать российские, иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.

1.10. *Застрахованное лицо* – гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин или лицо без гражданства, в отношении жизни и здоровья которого Стороны заключили договор страхования.

1.10.1. Страхователь – физическое лицо вправе при заключении договора страхования назначить Застрахованным лицом себя либо третье лицо. В случае если договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи – юридические лица любой организационно-правовой формы и формы собственности или индивидуальный предприниматель заключают договор страхования в отношении Застрахованных лиц – физических лиц, указанных в договоре страхования.

1.10.2. Могут быть приняты на страхование на специальных условиях следующие категории граждан:

1.10.2.1. являющиеся инвалидами I, II, III группы, имеющие присвоенную категорию «Ребенок-инвалид», имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ);

1.10.2.2. находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и/или здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа, либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме и т.п.);

1.10.2.3. имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и/или связанные с ними состояния:

- кожно-венерологические;
- органов: зрения, слуха, дыхания, пищеварения;
- костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- сердечно-сосудистой системы, системы кровообращения;
- крови и кроветворных органов;
- нервной системы;
- мочеполовой системы;
- эндокринной системы и нарушение обмена веществ;
- туберкулез, гепатит (кроме гепатита А), ВИЧ-инфекция, СПИД;
- доброкачественные или злокачественные новообразования любой локализации, включая злокачественные или доброкачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, а также новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- нервно-психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.10.2.4. проходящие службу в вооруженных силах;

1.10.2.5. отбывающие на момент заключения договора страхования наказание в виде лишения или ограничения свободы, находящиеся под арестом, в отношении которых производятся оперативно-розыскные мероприятия, возбуждено уголовное дело; приговоренные к смертной казни / пожизненному заключению;

1.10.2.6. беременные женщины, независимо от срока беременности.

1.10.2.7. Лица считаются застрахованными на согласованных со Страховщиком условиях, если характеристики, указанные в пп.1.10.2.1.–1.10.2.6. настоящих Правил специально оговорены в договоре страхования.

1.10.2.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику сведения, указанные в пп. 1.10.2.1.–1.10.2.6. настоящих Правил (т.е. Страхователь сообщил ложные сведения об отсутствии обстоятельств, имеющих существенное значение

для определения страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

1.11. **Выгодоприобретатель** – лицо (физическое или юридическое), назначенное Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты.

1.11.1. Право на получение страховой выплаты принадлежит Застрахованному лицу, если в договоре страхования прямо не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

1.11.2. В период страхования Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, лишь с письменного согласия Застрахованного лица, уведомив об этом в письменной форме Страховщика.

Уведомление о замене Выгодоприобретателя оформляется в виде письменного заявления. При подаче заявления о замене Выгодоприобретателя Страхователь должен:

– при личном обращении представить Страховщику договор страхования (страховой полис), предъявить паспорт либо документ, заменяющий его, а также нотариально удостоверенное письменное согласие Застрахованного лица;

– при обращении по почте направить заявление с обязательным приложением нотариально удостоверенных копий: паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, договора страхования (страхового полиса), нотариально удостоверенного письменного согласия Застрахованного лица на замену Выгодоприобретателя.

Днем надлежащего уведомления считается день получения Страховщиком заявления.

1.11.3. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей (уплатил страховую премию или ее часть, сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, уведомил Страховщика о наступлении страхового случая и др.) по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

1.11.4. Выгодоприобретатель, определенный договором страхования без указания страхового случая, при наступлении которого он имеет право на получение страховой выплаты, является Выгодоприобретателем исключительно на случай смерти Застрахованного лица.

1.12. Лицо, намеренное заключить договор страхования, Страхователь, Выгодоприобретатель, а также Застрахованное лицо на основании настоящих Правил, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе, Федеральным законом «О рекламе» от 13.03.2006 №38-ФЗ, Федеральным законом от 07.07.2003 №126-ФЗ «О связи», Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подписывая договор страхования и/или Заявление о страховании и иные документы, выражают Страховщику, а также любому его уполномоченному представителю, согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях проверки добросовестности и надежности, обеспечения исполнения заключенного договора страхования, продления правоотношений со Страховщиком, в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика и их продвижения на рынке, информационного взаимодействия, в том числе посредством СМС-рассылок, рассылкой по электронной почте, урегулирования убытка в случаях обращения за страховой выплатой (установление факта, обстоятельств, причин, причинно-следственных связей и последствий страхового события, определения характера и объема вреда, причиненного здоровью, в том числе сведений о состоянии здоровья и его изменениях, как на дату заключения договора страхования, так и в течение предшествующих 3 (трех) лет, в том числе, посредством прямого контакта с помощью средств связи, для формирования бюро страховых историй, для любых законных целей), а также выражают Страховщику согласие, в том числе после их смерти, на запрос и получение любой медицинской и иной документации у третьих лиц, организаций и граждан, в том числе, медицинских учреждений, бюро судебно-медицинской экспертизы, бюро кредитных и страховых историй, учреждений обязательного медицинского страхования (далее ОМС), Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), органов социальной защиты, правоохранительных органов (ОВД, суда, прокуратуры, ГИБДД, ГИС и пр.), на предоставление информации Выгодоприобретателю об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств по договору страхования, в том числе информации об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении, вероятности наступления страховых случаев, о страховой выплате и другой имеющей отношение к Застрахованному лицу и/или заключенному договору страхования информации.

Для осуществления вышеуказанных целей, Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальности) персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Указанное согласие Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного лица действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования при его заключении, либо 5 (пяти) лет с даты подачи Заявления о страховании Страховщику. Согласие может быть отозвано лицом, давшим такое согласие (Страхователем,

Застрахованным лицом и пр.) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

Страхователь, а также Застрахованное лицо, на основании настоящих Правил, предоставляют Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, иных услуг и защитой прав Застрахованного лица, а также предоставлять право медицинским учреждениям, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) получали, получают, будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику любые сведения о Застрахованном лице, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан» (Ст.13). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя, в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний, иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.13. Подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 1.12. настоящих Правил.

1.14. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц.

1.15. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.16. Отношения Сторон по договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами или договором страхования, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

2. ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

В настоящих Правилах используются следующие термины и понятия:

2.1. **Активный отдых** – способ проведения свободного времени, разновидность хобби, в процессе которого Застрахованное лицо занимается активными видами деятельности, требующими определенной физической нагрузки либо имеющими повышенный риск травматизма: катание на аттракционах в парках (при условии, что правила техники безопасности не были нарушены), катание на велосипедах, катание на роликах всех типов, катание на скейтбордах и коньках, катание на самокатах, лыжные прогулки (за исключением катания на моноколесе (моноцикле, одноколесном сигвее), гироскутере).

2.2. **Болезнь (заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное врачом после вступления договора страхования в силу, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем в заявлении о страховании и принятого Страховщиком на страховании, если такое нарушение состояния здоровья или обострение врожденного/хронического заболевания повлекли наступление страхового случая.

О наличии заболевания (болезни), имеющегося на момент заключения договора страхования, лицо, обратившееся за страхованием, обязано сообщить Страховщику, указав всю необходимую информацию в заявлении о страховании. Страховая премия в таком случае должна быть уплачена Страховщику в соответствующем размере, в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

2.3. **Временная утрата трудоспособности (расстройство здоровья)** – нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, требующее временного освобождения от работы (учебы) либо лечебно-охранительного режима, возникшее в результате несчастного случая и/или заболевания, не позволяющее Застрахованному лицу заниматься какой-либо трудовой деятельностью на протяжении определенного ограниченного периода времени и документально подтвержденное в соответствии с действующим законодательством.

2.4. **Заявитель** – лицо, предъявившее Страховщику требование о страховой выплате (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

2.5. **Период страхования** – отрезок времени, в течение которого произошедшие события, отвечающие признакам, изложенным в договоре страхования, Страховщиком рассматриваются в качестве страхового случая.

2.6. **Постоянная утрата общей трудоспособности** – нарушение здоровья Застрахованного лица со стойким расстройством функций организма по причине несчастного случая или болезни, сопровождающееся установлением Застрахованному лицу группы инвалидности (лицу до 18 лет категории «Ребенок-инвалид»). Признание Застрахованного лица инвалидом и установление ему группы (категории) инвалидности осуществляется государственными учреждениями МСЭ в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.7. **Профессиональная трудоспособность** – способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

2.8. **Профессиональное заболевание** – заболевание, вызванное воздействием на организм человека в процессе его трудовой деятельности опасных веществ и производственных факторов, свойственных для данной профессии, или особых условий труда, сопутствующих данной профессии.

2.9. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемая Страхователем Страховщику, при оплате страховой премии в рассрочку.

2.10. **Страховая выплата** – выплата страховой суммы или ее части, производимая Страховщиком, в связи со страховыми случаями в соответствии с условиями договора страхования.

2.11. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

2.12. **Страховой риск** – вероятное событие, или совокупность событий, на случай наступления которых проводится страхование.

2.13. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии с условиями страхования.

2.14. *Страховая сумма* – определенная Сторонами договора страхования денежная сумма, исходя из которой Страховщик определяет размер страховой премии, а также размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

2.16. *Травматическое повреждение (травма)* – нарушение анатомической целостности костей, тканей или органов человека с расстройством их функций, обусловленное воздействием различных факторов окружающей среды (механических, химических, термических). К травме относятся: перелом, вывих, ушиб, ранение, ожог, отморожение, поражение электрическим током, сдавление, повреждение мышц, связок, сухожилий, а также полная или частичная потеря органа.

2.17. *Утрата профессиональной трудоспособности* – стойкая потеря Застрахованным лицом способности к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности).

2.18. *Франшиза* - предусмотренная условиями договора страхования часть убытка, не подлежащая компенсации Страховщиком.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате несчастного случая или болезни.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховые риски:

4.1.1. *Группа рисков А*: несчастный случай – внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, возникшее в период страхования помимо его воли, повлекшее за собой травму, иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. К таким событиям относятся: стихийное явление природы, взрыв, действие электрического тока, удар молнии, солнечный удар, нападение третьих лиц или животных, падение какого-либо предмета, внезапное удушье, утопление, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное острое отравление вредными продуктами или веществами (ядовитыми растениями, химическими веществами, лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами), ожоги, ранения, отморожения, укусы насекомых, движение средств транспорта, машин, механизмов, их авария, использование орудий производства и всякого рода инструментов.

К несчастным случаям также относится падение Застрахованного лица, а также резкое физическое перенапряжение конечностей или позвоночника, в результате чего происходит вывих сустава, частичный или полный разрыв мышц, сухожилий, связок или сосудов.

4.1.2. *Группа рисков Б* – заболевания, впервые диагностированные в период страхования.

4.1.3. *Группа рисков В* – обострение хронических заболеваний в период страхования.

4.1.4. *Группа рисков Г* – несчастный случай на производстве и профессиональные заболевания, впервые диагностированные в период страхования.

4.1.5. Договор страхования может заключаться в отношении одной группы рисков, относящихся к группе А, Г, либо по нескольким рискам, по выбору Страхователя, но при этом риски, относящиеся к группе Б и В, на страхование не принимаются без рисков, относящихся к группе А.

4.2. Страховыми случаями признаются:

4.2.1. *Постоянная утрата общей трудоспособности* – инвалидность, установленная впервые в результате:

4.2.1.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – А1);

4.2.1.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования (далее по тексту – Б1);

4.2.1.3. обострения хронических заболеваний в период страхования (далее по тексту – В1).

4.2.2. *Смерть Застрахованного лица* в результате:

4.2.2.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – А2);

4.2.2.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования (далее по тексту – Б2);

4.2.2.3. обострения хронических заболеваний в период страхования (далее по тексту – В2).

4.2.3. *Временная утрата трудоспособности* (расстройство здоровья) в результате:

4.2.3.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – А3);

4.2.3.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (далее по тексту – Б3);

4.2.3.3. обострения хронических заболеваний в период страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (далее по тексту – В3).

4.2.4. *Утрата профессиональной трудоспособности* в результате:

4.2.4.1. несчастного случая на производстве, произошедшего в период страхования (далее по тексту – Г4);

4.2.4.2. профессионального заболевания, впервые диагностированного в период страхования (далее по тексту – Г5).

4.3. Договор страхования может заключаться на случай наступления одного или нескольких страховых событий, обусловленных пп.4.2.1., 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4. настоящих Правил.

4.4. Произошедшие события, указанные в пп. 4.2.1., 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4. настоящих Правил не признаются страховыми, если они произошли в состоянии опьянения Застрахованного лица в результате употребления различных спиртов, спиртосодержащих технических жидкостей, растворителей, кислот, щелочей, галлюциногенных, психотропных, наркотических, а также сильнодействующих веществ без назначения врача (далее – «любой вид опьянения») или явились следствием:

4.4.1. незастрахованных рисков (рисков, не указанных в пп. 4.1.1., 4.1.2, 4.1.3 и 4.1.4 настоящих Правил и/или договоре страхования);

4.4.2. занятия Застрахованных лиц, включая соревнования и тренировки, спортом, если риск наступления страхового случая во время занятия спортом не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем; активного отдыха Застрахованных лиц, если он не предусмотрен договором страхования.

Если в договоре страхования предусмотрен активный отдых, занятия Застрахованного лица спортом, то не являются страховыми события, явившиеся следствием несоблюдения Застрахованным лицом техники безопасности, нарушения правил эксплуатации и/или нецелевого использования оборудования, неисполнения требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятиями Застрахованного лица спортом, и/или его активным отдыхом;

4.4.3. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступления и/или участия в незаконной деятельности, любых противоправных действий, находящихся в причинно-следственной связи с наступлением события, имеющие признаки страхового случая;

4.4.4. управления Застрахованным лицом любым (наземным, воздушным, водным) транспортным средством без права на управление соответствующей категории, либо в состоянии любого вида опьянения; передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему права управления соответствующей категории либо находящемуся в состоянии любого вида опьянения;

4.4.5. участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего или гражданского служащего, если риск наступления страхового случая во время указанных мероприятий не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем;

4.4.6. отравления или употребления алкоголя и/или наркотических и/или психотропных веществ (без назначения врача), как однократного, так и длительного;

4.4.7. несоблюдения Застрахованным рекомендаций лечащего врача и сроков лечебно-охранительного режима;

4.4.8. самолечения Застрахованного лица, использования методов нетрадиционной медицины, вызвавших ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;

4.4.9. неправильных медицинских манипуляций и неблагоприятных последствий диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции лекарств);

4.4.10. патологического перелома, привычного вывиха;

4.4.11. косметической или пластической операции;

4.4.12. события, прямо или косвенно вызванного психическим заболеванием Застрахованного лица, вне зависимости от давности выявления и классификации заболевания;

4.4.13. заболеваний, о которых при заключении договора страхования и в период его действия Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику;

4.4.14. любых заболеваний или состояний, на развитие которых повлияли беременность (включая прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям) и роды, если при заключении договора страхования или в период страхования Страховщику не сообщено о наличии беременности и не произведена соответствующая уплата страховой премии;

4.4.15. перенесенного панариция, диагностированного в течение первых 10 (десяти) дней периода страхования;

4.4.16. кожно-венерологических и передающихся половым путем заболеваний.

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

4.5.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением случая смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет.

4.5.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

4.6. Страховая выплата не производится и Страховщиком не рассматриваются в качестве страховых случаев следующие события:

4.6.1. заболевания, длительность непрерывного лечения которых составила менее 22 (двадцати двух) календарных дней (за исключением случаев наступления смерти в результате заболевания);

4.6.2. периодические обследования в целях контроля или наблюдения, а также реабилитационное либо восстановительное лечение;

4.6.3. пребывание в учреждениях для длительного лечения и ухода (домах престарелых, наркологических центрах и др.), а также курсы лечения в оздоровительных центрах, институтах или реабилитационно-восстановительных центрах;

4.6.4. очередное/внеочередное переосвидетельствование последствий (ранений, травм, контузий) и/или заболеваний при изменении группы инвалидности, либо установления степени утраты профессиональной трудоспособности, в том числе, в результате очередного переосвидетельствования при наличии группы инвалидности / категории «ребенок-инвалид».

4.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

4.7.1. произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) или Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами или нормами действующего законодательства Российской Федерации;

4.7.2. Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки при наступлении страхового события;

4.7.3. Страхователь не уведомил Страховщика о наступлении события, повлекшего причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица, в установленные договором страхования и настоящими Правилами сроки, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события, или что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности по страховой выплате.

4.8. По договору страхования, предусматривающему страховую выплату по риску АЗ, в соответствии с вариантом II или III Порядка определения размера страховой выплаты, указанного в п. 12.4. настоящих Правил, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если характер повреждения не предусмотрен Таблицей №1 размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями по рискам АЗ, БЗ, ВЗ.

4.9. Страхованием могут покрываться отдельные случаи, вызванные нахождением Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения. Описание таких условий должно прямо содержаться в соглашении Страхователя и Страховщика (договоре страхования, страховом полисе).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма определяется при заключении договора страхования по соглашению Сторон и устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

5.2. Страховая сумма может быть установлена как в целом по договору страхования, так и отдельно по каждому страховому риску и/или страховому случаю.

5.3. Стороны вправе в течение срока действия договора страхования увеличить или уменьшить размер страховой суммы, установленной договором страхования. При изменении страховой суммы Сторонами договора страхования заключается дополнительное соглашение.

5.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать от Страхователя изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

5.5. Страховая сумма уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты ее осуществления.

5.6. Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая премия исчисляется исходя из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

6.1.1. Страховые тарифы дифференцируются в зависимости от периода страхования, страховых рисков, возраста, профессии, образа жизни, состояния здоровья Застрахованного лица, а также иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

6.2. Страховой тариф определяется по соглашению Сторон при заключении договора страхования.

6.3. По договорам страхования, заключенным на срок менее одного года, уплата страховой премии Страхователем производится единовременным платежом, при этом страховой тариф определяется в процентах от годового тарифа:

Срок страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от размера годовой страховой премии	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6.3.1. При заключении договора страхования на период более одного, но менее двенадцати месяцев при определении страхового тарифа неполный месяц принимается за полный.

6.4. По договору страхования, заключенному на один год и более, Страхователю может быть предоставлено право уплаты страховой премии в рассрочку.

6.4.1. Для уплаты рассроченной премии Страхователю условиями договора страхования устанавливается период, в течение которого он обязан внести очередной взнос.

6.5. Страховая премия может быть оплачена в наличном или в безналичном порядке. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

6.6. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, уплата которого не просрочена, по соглашению Сторон срок уплаты страховых взносов изменяется, Страхователь обязан уплатить все подлежащие уплате страховые взносы в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты признания события страховым случаем.

6.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, установленный договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, не влечет каких-либо правовых последствий для его Сторон и выплата страхового возмещения по нему не осуществляется, а уплаченные частично денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов, если возврат денежных средств будет производиться в безналичном порядке) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного письменного обращения Страхователя.

6.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае если предусмотрено настоящими Правилами страховое событие наступило ранее, чем Страхователь полностью оплатил страховую премию, предусмотренную договором страхования (если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов), порядок уплаты страховой премии изменяется, а именно: неуплаченная

часть премии подлежит уплате Страхователем в течение 5 (пять) рабочих дней с момента получения от Страховщика уведомления о признании случая страховым. При неуплате Страхователем премии в срок, предусмотренный настоящим пунктом, Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения по договору страхования зачесть подлежащие уплате страховые взносы.

6.9. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем очередного (второго или последующего) страхового взноса в сумме и сроки, установленные договором страхования, за исключением случая, когда порядок уплаты страховой премии изменяется при наступлении страхового события в соответствии с пунктом 6.8 настоящих Правил, договор страхования прекращает свое действие с 00.00 часов дня, следующего за датой, указанной в договоре страхования как срок оплаты очередного страхового взноса и у Страховщика не возникает обязательств выплаты страхового возмещения по страховым случаям, произошедшим после наступления указанного срока.

6.10. Стороны при заключении договора страхования могут предусмотреть иные последствия неуплаты страховой премии (ее взносов) в установленный договором страхования срок.

6.11. О факте просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) или его уплаты в неполном объеме и последствиях неуплаты, Страховщик информирует Страхователя в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования, а если они не предусмотрены, то в разумные сроки одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии), путем электронного документооборота.

6.12. По письменному поручению Страхователя страховую премию может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по договору страхования оно не приобретает. А данным поручением Страхователь обязан поставить в известность Страховщика. Страхователь несет ответственность за действия такого лица.

6.13. Страховая премия устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в договоре страхования страховая премия может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату оплаты, указанную в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку (при уплате дополнительной страховой премии при увеличении страхового риска или изменении иных условий договора страхования) очередная (или дополнительная) часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного (или дополнительного) страхового взноса, если иное не предусмотрено договором страхования.

6. 14. В случае изменения условий договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии:

- рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование на прежних условиях, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки (если иное не предусмотрено договором страхования);
- в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования начинается с момента подписания Сторонами договора страхования и оканчивается в момент, указанный в договоре страхования как срок окончания периода страхования.

Обязательства Страховщика распространяются на страховые случаи, произошедшие в период страхования.

7.2. Период страхования по договору страхования может устанавливаться:

- 7.2.1. круглосуточно (24 часа в сутки);
- 7.2.2. на период исполнения Застрахованным лицом должностных обязанностей;
- 7.2.3. на период поездки;
- 7.2.4. на время занятия Застрахованным лицом спортом;
- 7.2.5. на другие периоды времени.

7.3. Период страхования устанавливается по соглашению Сторон.

7.4. Период страхования начинается:

- 7.4.1. по рискам А, Г – не ранее, чем с 00 час. 00 мин. даты, следующей за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса;
- 7.4.2. по рискам Б и В – не ранее, чем с 00 час. 00 мин. 11 (одиннадцатого) дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

7.5. Период страхования прекращается в 23 часа 59 минут даты окончания периода страхования, указанной в договоре страхования, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Территорией страхования является территория, в пределах которой произошедшие события, предусмотренные условиями договора страхования, рассматриваются Страховщиком в качестве страховых случаев.

8.2. Если иное специально не предусмотрено условиями договора страхования, территорией страхования является любая территория, за исключением зон военных действий, иных военных мероприятий, а также зон, подверженных радиоактивному заражению.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

9.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем от Страховщика страхового полиса.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного Сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Документы и информация, предоставленная для заключения договора страхования и/или урегулирования убытка Страхователем (Выгодоприобретателем) – физическим лицом в электронной форме, подписанные простой электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью, при условии, что между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) при регистрации Страхователя (Выгодоприобретателя) в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

Документы и информация, предоставленная для заключения договора страхования и/или урегулирования убытка Страхователем (Выгодоприобретателем) – индивидуальным предпринимателем/юридическим лицом в электронной форме, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя) – индивидуального предпринимателя/представителя юридического лица, при наличии подписанного отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) об использовании системы электронного документооборота.

9.2. При обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования Страховщик предоставляет Страхователю следующую информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо предоставить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) заявления на страхование с уведомлением Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- о сроках рассмотрения обращений Страхователей (Выгодоприобретателей) относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

9.3. В целях заключения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) по требованию Страховщика предъявляет следующие документы, конкретный перечень которых определяется в зависимости от страховых рисков, принимаемых на страхование или иных условий страхования:

9.3.1. с целью определения правоспособности и проведения идентификации Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к заключению договоров страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя и/или проверить своими силами следующие документы:

- а) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (юридических лиц/индивидуальных предпринимателей):
 - учредительные документы (Устав, изменения в Устав (при их наличии)), подтверждающие правоспособность юридического лица в редакции, действующей на момент предоставления документов;
 - удостоверение личности (паспорт) (при заключении договоров страхования с индивидуальными предпринимателями);
 - свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя/Лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей ЕГРИП (для индивидуальных предпринимателей, зарегистрированных после 01.01.2017);
 - свидетельство о государственной регистрации юридического лица (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 года).

Примечание: документом, подтверждающим факт внесения записи в ЕГРЮЛ или ЕГРИП после 03.07.2013, является: при создании (в том числе путем реорганизации) юридического лица, приобретении физическим лицом статуса индивидуального предпринимателя – свидетельство и прилагаемый к нему лист записи, форма и содержание которых утверждены приказом ФНС России от 13.11.2012 №ММВ-7-6/843@ «Об утверждении формы и содержания документа, подтверждающего факт внесения записи в ЕГРЮЛ юридических лиц или Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей».

Документом, подтверждающим факт внесения записи в ЕГРЮЛ или ЕГРИП после 01.01.2017, является лист записи, форма и содержание которого утверждены приказом ФНС России от 12.09.2016 N ММВ-7-14/481@;

- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе российской организации по месту нахождения;
- выписка из ЕГРЮЛ – для юридических лиц, выписка из ЕГРИП – для индивидуальных предпринимателей, сформированную в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанную электронно-цифровой подписью ФНС России (допускается самостоятельное формирование Страховщиком выписки из ЕГРЮЛ/ЕГРИП);
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего договор страхования от имени Страхователя юридического лица (решение полномочного органа контрагента об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д.), копия паспорта), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), приказы о назначении на должность, доверенность на подписание договора страхования;
- решение полномочного органа Страхователя – юридического лица (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами контрагента и/или действующим законодательством Российской Федерации (в случае, если сделка является для данного юридического лица – крупной сделкой или сделкой с заинтересованностью);
- справку юридического лица, о том, что сделка не является для данного юридического лица крупной сделкой или сделкой с заинтересованностью;
- информационное письмо об учете в ЕГРПО (с кодами статистики);

б) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- удостоверение личности (паспорт, удостоверение личности для военнослужащих и т.д.);
 - документ, подтверждающий полномочия представителя на заключение договора страхования (оформленная в установленном законом порядке доверенность) (при заключении договора страхования доверенным лицом);
 - страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
 - свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (при наличии).
- в) у иностранных контрагентов (нерезидентов Российской Федерации):
- миграционную карту – для иностранных граждан;
 - документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации;
 - документы, подтверждающие правоспособность иностранного контрагента (регистрацию иностранного юридического лица);
 - положение о филиале, представительстве, в случае если иностранный контрагент действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;
 - документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;
 - документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего договор страхования от имени иностранного контрагента.

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом.

9.4. Документы, указанные выше, предоставляются в виде оригиналов для свидетельства представителем Страховщика (в соответствии с наделенными полномочиями на заверение копий документов) верности копии с подлинника или в виде копий, удостоверенных в предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

9.5. При заключении договора страхования Страхователь предоставляет информацию о Застрахованном лице: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, домашний адрес, дата рождения, если иное не оговорено договором страхования. Если по договору страхования застраховано несколько лиц, к договору страхования прилагается список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса, профессии, назначенных ими Выгодоприобретателей, если иное не оговорено договором страхования.

Страхователь имеет право в период действия договора страхования вносить изменения в список Застрахованных лиц. Для этого он с согласия Застрахованного лица письменно сообщает Страховщику фамилии, имени, отчества Застрахованных лиц, как подлежащих исключению из списка, так и включаемых в него.

9.6. В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе:

- 9.6.1. потребовать личного присутствия Застрахованного лица;
- 9.6.2. произвести предварительное анкетирование Застрахованного лица;
- 9.6.3. запросить у Страхователя /Застрахованного лица следующую медицинскую документацию, которую Страхователь / Застрахованное лицо обязан предоставить как при заключении, так и при исполнении договора страхования:
 - справки из ЛПУ с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения договора;
 - копию медицинской карты, заверенную ЛПУ (по запросу Страховщика – оригинал); выписки из амбулаторной/стационарной медицинских карт за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь;

- копию (по запросу Страховщика – оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;
- копию (по запросу Страховщика – оригинал) Истории развития ребенка;
- копию направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности;
- копию паспорта здоровья (по запросу Страховщика – оригинал).

9.6.4. направить Застрахованное лицо на медицинское освидетельствование. Медицинское освидетельствование проводится за счет Страхователя, если иное не оговорено в договоре страхования.

9.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

Существенными признаются, обстоятельства, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), Заявлении о страховании или в письменном запросе Страховщика, в том числе:

9.7.1. сведения о состоянии здоровья (включая сведения, предусмотренные п. 1.10.2 настоящих Правил);

9.7.2. сведения о занятости и профессиональной деятельности (место работы, должность, наличие вредных производственных факторов, участие в испытаниях военной техники и иных подобных операциях, наличие командировок, служба в вооруженных силах);

9.7.3. сведения об образе жизни (занятие спортом, путешествия, экспедиции, наличие вредных привычек и т.д.);

9.7.4. сведения о финансовом положении (суммарный годовой доход за последний год, наличие невыплаченных кредитов/займов). В случае необходимости, Страховщик вправе запросить справку 2-НДФЛ или декларацию 3-НДФЛ за два года, предшествующих дате заключения договора для подтверждения размера дохода, указанного Страхователем, сведения из бюро кредитных и страховых историй;

9.7.5. сведения о действующих договорах страхования в других страховых компаниях.

9.8. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов и сведений, запрашиваемых у Страхователя при заключении договора страхования.

9.9. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в разделе 9 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации. Однако Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованных лицах, Выгодоприобретателе). За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.11. В случаях, установленных Страховщиком, договор страхования может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.ugsk.ru, далее – официальный сайт, сайт Страховщика).

При этом указанный официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Страховщик может установить ограничения на использование сайта для заключения, изменения, прекращения действия договоров страхования в электронной форме по отдельным договорам страхования.

9.12. Создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме для заключения, изменения и прекращения договора страхования осуществляются с использованием официального сайта Страховщика через персональную страницу Страхователя на данном сайте (далее – личный кабинет). Условия создания и использования личного кабинета подлежат размещению на сайте Страховщика.

9.13. Создание личного кабинета и доступ к нему Страхователя может осуществляться путем идентификации, аутентификации/авторизации (в том числе с использованием единой системы идентификации и аутентификации), то есть установления личности Страхователя и удостоверения правомочности его обращения к Страховщику с указанием следующих сведений: фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации), адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при наличии), адреса его электронной почты, абонентского номера, выделенного оператором подвижной радиосвязи (мобильного телефона) (при наличии), иных необходимых сведений.

9.14. Доступ к сайту Компании Страхователя – физического лица, в том числе, с использованием единой системы идентификации и аутентификации осуществляется с согласия Страхователя – физического лица на передачу персональных данных в информационные системы Компании, выраженного посредством совершения им действий, позволяющих достоверно установить его волеизъявление, в том числе, посредством проставления отметки в специально предусмотренных полях (графах), размещенных в запросных формах на сайте Страховщика.

9.15. После создания личного кабинета Страховщик направляет на указанные Страхователем абонентский номер и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, позволяющую использовать личный кабинет для осуществления страхования и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

9.16. Создание личного кабинета Страхователя – юридического лица осуществляется при условии использования юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписи клиента – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи».

9.17. Сведения, необходимые для создания личного кабинета Страхователя на сайте Компании, могут быть представлены лицом, намеревающимся заключить договор страхования, также при его личном приеме в офисе Страховщика. В этом случае, Страховщик при личном приеме физического лица создает и предоставляет клиенту на бумажном носителе ключ простой электронной подписи для обеспечения заключения договора страхования без необходимости осуществления действий для создания личного кабинета, и одновременно сообщает лицу, использующему простую электронную подпись, необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

По решению Страховщика Личный кабинет также может быть создан Выгодоприобретателем для целей урегулирования убытков (в том числе, для направления уведомлений и документов).

9.18. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь на сайте Страховщика после создания личного кабинета заполняет заявление на страхование, либо предоставляет запрашиваемые Страховщиком сведения, а также предоставляет копии документов, предусмотренных настоящими Правилами или условиями страхования на сайте Страховщика.

Заявление о страховании, поданное в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif, и т.д.) путем их загрузки в личный кабинет.

9.19. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя – физического лица или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица или уполномоченного представителя юридического лица.

9.20. В случаях, установленных Страховщиком, заявление о страховании (для заключения договора страхования в виде электронного документа) может быть подано в бумажном виде.

9.21. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи», пунктом 4 статьи 6.1 Закона РФ №4015-1 от 27.11.1992, договор страхования, составленный в виде электронного документа, направляемый Страхователю на основании его заявления, и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью уполномоченного представителя Страховщика.

9.22. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования (страховом полисе) и Правилах, направленных на адрес его электронной почты и/или в его личный кабинет, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования в виде электронного документа считается заключенным с момента уплаты страховой премии (страхового взноса).

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил, условиями страхования может подтверждаться в том числе, специальными отметками, предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного в виде электронного документа.

9.23. Исполнение договора страхования, заключенного в форме электронного документа, включая исполнение обязанностей Сторон договора страхования, производится в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и условиями страхования.

К договору страхования, заключенному в виде электронного документа, применяются положения настоящих Правил, если они не противоречат положениям настоящего пункта, норм законодательства или существу обязательства.

9.24. В случае утери Страхователем договора страхования (страхового полиса), по его письменному заявлению может быть выдан его дубликат (кроме полиса, составленного в виде электронного документа), о чем в дубликате договора страхования делается соответствующая запись. Утраченный договор страхования признается недействительным, и никакие выплаты по нему не производятся.

При повторной утере страхового полиса в период страхования для получения дубликата страхового полиса Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления страхового полиса.

9.25. Договор страхования может быть заключен на любой согласованный Сторонами срок. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами считается краткосрочным, если он заключен на срок менее года.

9.26. Если договором страхования не предусмотрено иного, ответственность Страховщика по договору страхования наступает в 00 ч 00 мин дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии или ее первого взноса.

9.27. Днем уплаты страховой премии считается, если иное не предусмотрено договором страхования:

9.27.1. при уплате наличными деньгами – день получения денег уполномоченным представителем Страховщика;

9.27.2. при безналичных расчетах:

9.27.2.1. если Страхователем является физическое лицо – дата подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств (страховой премии

(страхового взноса) по договору страхования) Страховщику в допустимой действующим законодательством, регулирующим безналичные способы оплаты форме кредитной организацией, уполномоченной (имеющей право в соответствии с действующим законодательством), принимать денежные средства физических лиц для последующего перечисления Страховщику;

9.27.2.2. если Страхователем по договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель – день поступления денег на расчетный счет Страховщика.

9.27.3. Страховой полис вручается Страхователю в следующие сроки:

9.27.3.1. в день заключения договора страхования при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса наличными деньгами представителю Страховщика;

9.27.3.2 при уплате страховой премии на счет Страховщика – в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования.

9.28. Действие договора страхования прекращается в случаях:

9.28.1. истечения срока действия договора страхования;

9.28.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

9.28.3. если после вступления в силу договора страхования возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным выше, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

9.28.4. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

9.28.5. ликвидации Страхователя юридического лица (кроме случаев правопреемства) или смерти Страхователя – физического лица;

9.28.6. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

9.28.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или договором страхования.

9.29. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по обоюдному соглашению Сторон в любое время (при этом порядок возврата части страховой премии определяется соглашением Сторон).

9.30. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страховщика, в случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий страхования или оплаты страховой премии при увеличении степени риска (ст. 959 Гражданского кодекса Российской Федерации), а также в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами или действующим законодательством Российской Федерации. При этом возврат части уплаченной Страхователем премии не производится, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.31. Договор страхования может быть расторгнут досрочно в любое время по инициативе Страхователя (отказ от договора страхования).

9.31.1. При отказе Страхователя от договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала, страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п.9.31.2. настоящих Правил, а также, если иное не предусмотрено соглашением Страхователя и Страховщика. 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.

9.31.2. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения («период охлаждения»), если больший срок не предусмотрен условиями отдельных договоров страхования (страховых продуктов), независимо от момента уплаты страховой премии, при условии отсутствия фактов наступления в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая при этом оплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в следующем порядке:

9.31.2.1. в случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала периода страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

9.31.2.2. в случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после даты начала периода страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия периода страхования до даты прекращения действия периода страхования;

9.31.2.3. договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения.

9.31.2.4. возврат Страхователю страховой премии осуществляется производится Страховщиком в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

9.32. По запросу Страхователя Страховщик один раз бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и(или) условия договора страхования и настоящих Правил.

9.33. Изменение и расторжение Сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

9.34. Досрочное прекращение действия договора страхования не освобождает

Стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

9.35. В случае, если в соответствии с условиями настоящих Правил, Страховщик праве требовать уплаты дополнительного страхового взноса, он подлежит уплате в порядке, предусмотренном договором страхования, в срок не позднее 5 (пять) рабочих дней с даты получения Страхователем соответствующего требования Страховщика и рассчитывается на основании страховых тарифов, указанных в Правилах, на основании которых заключен договор страхования.

При страховании с валютным эквивалентом, дополнительный страховой взнос уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) дополнительного страхового взноса, если иное не предусмотрено договором страхования.

При этом изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии, при условии подписания дополнительного соглашения между Страховщиком и Страхователем, которое становится неотъемлемой частью договора страхования.

9.36. В случае изменения условий договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии, рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование на прежних условиях, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;

10.1.2. знакомиться с настоящими Правилами, а также получать любые разъяснения по заключенному договору страхования и настоящим Правилам;

10.1.3. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

10.1.4. досрочно расторгнуть договор страхования или отказаться от договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.1.5. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

10.1.6. вносить по согласованию со Страховщиком изменения в условия договора страхования;

10.1.7. при наступлении страхового случая получить страховое возмещение на условиях, предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами;

10.1.8. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

10.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

10.2.1. сообщить Страховщику при заключении договора страхования всю необходимую информацию обо всех обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения страхового риска;

10.2.2. предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

10.2.3. получить от Застрахованных лиц письменное согласие на обработку Страховщиком их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п.1.12. Правил.

10.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные договором страхования;

10.2.5. предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного лица, необходимую для заключения и исполнения договора страхования;

10.2.6. незамедлительно сообщать Страховщику в письменном виде о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение

страхового риска. Значительными признаются изменения любых сведений, из указанных в договоре страхования, заявлении Страхователя о заключении договора страхования, в том числе сведений, указанных в пп. 1.10.2 и п. 9.5.–9.7. настоящих Правил.

10.2.7. доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком, в течение 5 (пяти) рабочих дней;

10.2.8. незамедлительно сообщать Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов (иных средств связи), а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы, профессии;

10.2.9. довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия договора страхования;

10.2.10. в течение 35 (тридцати пяти) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика), о наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является временная утрата трудоспособности или постоянная утрата трудоспособно-

сти (инвалидность), либо на Выгодоприобретателя Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица или договор заключен в пользу иного лица, чем Застрахованное лицо;

10.2.11. соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с настоящими Правилами, условиями договора страхования и/или запросом Страховщика;

10.2.12. пройти по требованию Страховщика медицинское освидетельствование как при заключении договора страхования, так и при его исполнении в любое время, представить медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного лица;

10.2.13. исполнять иные положения настоящих Правил и договора страхования;

10.2.14. при наступлении страхового события:

10.2.14.1. незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием;

10.2.14.2. незамедлительно сообщить в компетентные органы (ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д.) и обеспечить документальное оформление произошедшего события, если травма или смерть Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, возгорания или явились следствием противоправных действий третьих лиц;

10.2.14.3. следовать указаниям Страховщика, если таковые будут сообщены;

10.2.14.4. предоставить полные банковские реквизиты получателя для перечисления Страховщиком страховой выплаты;

10.2.14.5. обеспечить Страховщика всей необходимой информацией и документацией, согласно настоящим Правилам, относительно наступившего события;

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем/Застрахованным лицом, любыми доступными ему способами, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации;

10.3.2. Проверять выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений настоящих Правил и договора страхования;

10.3.3. требовать расторжения договора страхования в порядке, установленном Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

10.3.4. Перед заключением договора страхования и при его исполнении потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

10.3.5. При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени страхового риска по договору страхования, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.3.6. В случае, если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях обстоятельств, сообщенных при заключении договора страхования, потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10.3.7. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен пп. 11.2.–11.3. настоящих Правил или договором страхования, а так же самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с заявленным событием и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

10.3.8. отсрочить принятие решения по заявленному событию, имеющему признаки страхового случая:

10.3.8.1. до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в пп. 11.2.–11.3. настоящих Правил и оформленных в соответствии с требованиями пп. 11.5.–11.9. настоящих Правил;

10.3.8.2. до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, в случае возбуждения по обстоятельствам наступления заявленного события уголовного дела.

10.3.9. отсрочить (продлить/приостановить) принятие решения о выплате страхового возмещения (составление страхового акта или мотивированного отказа) в случае:

а) если по факту, связанному с наступлением страхового случая, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо до устранения иных обстоятельств, вызванных деятельностью государственных органов и препятствующих осуществлению страховой выплаты;

б) если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставил документы, оформленные ненадлежащим образом (в частности - незаверенные копии документов; документы, подписанные неуполномоченным лицом, и т.п.) – до предоставления надлежащим образом оформленных документов;

в) при возникновении споров в правомочности Страхователя (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства, но на срок не более 90 (девяносто) дней с момента получения Заявления о страховом событии;

г) если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования Застрахованного лица - до даты проведения освидетельствования. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования 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), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

д) в случае не предоставления документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты – до получения указанного документа, оформленного надлежащим образом;

е) если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, а равно и достоверности содержащейся в них информации, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность/достоверность информации таких документов специализированной организацией;

ж) при необходимости проведения независимой экспертизы – на время ее проведения;

з) до получения ответов компетентных органов на запросы по факту наступления события, имеющего признаки страхового;

и) в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке – до момента вступления в законную силу решения суда.

10.3.10. продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный договором страхования, в случае не предоставления полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения указанных сведений/документов, оформленных надлежащим образом.

В случае продления/приостановки Страховщиком срока выплаты страхового возмещения, Страховщик уведомляет обратившееся за страховой выплатой лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения/документы.

10.3.11. осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в целях заключения/исполнения/сопровождения договора страхования;

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. вручить/направить Страхователю один экземпляр настоящих Правил, на основании которых заключен договор страхования и иные документы, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования (программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), и разъяснить Страхователю (Застрахованному лицу) основные положения, содержащиеся в настоящих Правилах и в договоре страхования. При направлении вышеперечисленных документов в рамках соглашения об электронном взаимодействии или в рамках соглашения об электронном документообороте, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;

10.4.2. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.4.3. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования;

10.4.4. выдать/направить Страхователю договор страхования (страховой полис);

10.4.5. потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при существенном изменении обстоятельств, по сравнению с оговоренными в договоре страхования;

10.4.6. при вручении/направлении (в т.ч. через страхового посредника) Страхователю договора страхования (страхового полиса) вручить/направить Страхователю (Застрахованному лицу) один экземпляр Памятки по страхованию Заемщиков (в части личного страхования) (в случае заключения договора страхования в отношении заемщиков в рамках кредитования) (далее – Памятка). При этом, Памятка может быть вручена/направлена Страхователю (Застрахованному лицу) в форме отдельного документа, либо в электронной форме путем обмена информацией между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) в электронной форме;

10.4.7. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем и полученных из других источников о самом Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе) и их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.4.8. давать компетентные разъяснения Страхователю, Застрахованному лицу, представителю Застрахованного лица, Выгодоприобретателю по всем возникающим вопросам по договору страхования;

10.4.9. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) обо всех предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые он 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;

10.4.10. обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), их представителей, а также получателя страховой выплаты в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при заключении договора страхования и/или при урегулировании требований о страховой выплате;

10.4.11. при оплате страховой премии в рассрочку проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии) путем электронного взаимодействия/документооборота;

10.4.12. уведомить Страхователя о дополнительных условиях для заключения договора страхования и о порядке их выполнения (в т.ч. о необходимости проведе-

ния медицинского обследования Застрахованного лица, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования и т.п.); 10.4.13. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) о предусмотренных договором страхования и (или) Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования;

10.4.14. по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (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», предоставить бесплатно:

- информацию о расчете суммы страховой выплаты;
- исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);
- документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в выплате страхового возмещения (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

10.4.15. по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) предоставить ему копии договора страхования (страхового полиса) и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и пр.). При этом Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз;

10.4.16. по запросу Страхователя предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

10.4.17. при наступлении страхового случая, произвести страховую выплату в течение предусмотренного настоящими Правилами срока, после получения всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

10.4.18. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования.

10.5. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в связи с заключением и исполнением отдельных условий договора страхования, обо всех участниках договора страхования, если это не вступит в противоречие с действующим законодательными актами Российской Федерации.

10.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности Сторон.

11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. При наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование, Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:

11.1.1. принять разумные и доступные в сложившейся обстановке меры к предотвращению и уменьшению ущерба здоровью Застрахованного лица – незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием.

Факт травмы, полученной в результате несчастного случая, имевшего место в период страхования, признается страховым случаем, если он подтвержден медицинскими учреждениями, оказавшими Застрахованному лицу первую помощь в день наступления события и лечившими его впоследствии.

11.1.2. немедленно сообщить в правоохранительные органы: ОВД, Прокуратуру, ГИБДД – если травма или гибель Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, пожара или явились следствием противоправных действий третьих лиц.

11.2. Для установления Страховщиком факта наступления страхового события и определения суммы страховой выплаты Заявитель должен предоставить Страховщику, следующие документы:

11.2.1. письменное заявление о страховой выплате по форме Страховщика;

11.2.2. копию договора страхования (страхового полиса);

11.2.3. документ, удостоверяющий личность Заявителя (паспорт);

11.2.4. документы, необходимые для идентификации Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (в случае, если на этапе заключения договора страхования идентификация указанных лиц не осуществлялась), а также документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (если получатель – физическое лицо);

11.2.5. документ, подтверждающий право лица, не являющегося Заявителем, действовать от имени Заявителя (доверенность с приложением документа, удостоверяющего личность, указанного в доверенности лица);

11.2.6. документ, подтверждающий уплату страховой премии (страховых взносов);

11.2.7. документы, указанные в п.11.3. настоящих Правил, подтверждающие факт наступления страхового случая и степень вреда, причиненного здоровью Застрахованного лица.

11.3. В зависимости от характера и обстоятельств события с признаками страхового случая, Заявитель должен предоставить Страховщику следующие документы, исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком индивидуально для каждого случая:

11.3.1. в случае временной утраты трудоспособности / расстройства здоровья в результате заболеваний (риски БЗ, ВЗ):

11.3.1.1. копию листа (листок) нетрудоспособности, заверенную отделом кадров по месту работы либо справку о временной нетрудоспособности Ф.№095/у, Ф.094/у, Ф.095-1/у;

11.3.1.2. копию карты (карт), заверенную ЛПУ, и/или выписки из карт амбулаторного и/или стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;

11.3.1.3. при необходимости, по запросу Страховщика, дополнительно предоставить: 11.3.1.3.1. подлинник медицинской карты амбулаторного, стационарного больного за период не менее 3 лет, предшествовавших заключению договора страхования; 11.3.1.3.2. историю развития ребенка Ф.№112/у за период не менее 5 лет,

предшествовавших заключению договора страхования (медицинская карта, история развития ребенка должна содержать: заполненный лист уточненных диагнозов; сведения о наличии группы инвалидности и наличии и группы диспансерного учета с указанием основного диагноза заболевания, а также заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению; данные профилактических осмотров; результаты медико-диагностических исследований; эпилепсии);

11.3.1.3.3. справку из ЛПУ, оказавшего Застрахованному лицу первичную медицинскую помощь, в которой должны быть указаны: история госпитализации (обращения в ЛПУ), обстоятельства несчастного случая / анамнез заболевания, дата наступления болезни или несчастного случая и диагноз, а также результаты обследования на день наступления события;

11.3.1.3.4. реестр ТФОМС за период 5 (пять) лет, предшествующий заключению договора страхования (страхового полиса) с указанием наименований, дат обращений в ЛПУ и кодов диагнозов заболеваний по международной классификации болезней МКБ-10. Реестр ТФОМС также предоставляется при наличии застарелых травм (черепно-мозговых травмах, патологических переломах и вывихах, повреждениях связок, травмах коленного сустава и подобных повреждениях);

11.3.1.3.5. выписной/переводной эпикриз, в котором указывается заключительный диагноз, длительность лечения, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проводимые в отношении поврежденного органа, проведенное лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке;

11.3.1.3.6. сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи Ф.№114/у;

11.3.1.3.7. справку из Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи Ф.№109/у;

11.3.1.3.8. индивидуальную карту беременной и родильницы Ф.№111/у;

11.3.1.3.9. справку из психоневрологического и/или наркологического диспансера; 11.3.1.3.10. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов крови на ВИЧ;

11.3.1.3.11. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на заболевание, передающиеся половым путем и/или справку из кожно-венерологического диспансера;

11.3.1.3.12. справку из туберкулезного диспансера;

11.3.1.3.13. справку об остатке задолженности Страхователя / Застрахованного лица перед Выгодоприобретателем по кредитному договору / договору займа – по состоянию на момент получения письменного уведомления Страховщика о признании заявленного события страховым случаем, а также правоустанавливающие документы кредитодателя / держателя закладной;

11.3.1.3.14. справку о среднесуточной зарплате за последний год с даты обращения к Страховщику с места работы Застрахованного лица или справка о доходах по форме 2-НДФЛ за тот же период;

11.3.2. в случае временной утраты трудоспособности (расстройства здоровья) в результате несчастного случая (риск АЗ) кроме документов, указанных п. 11.3.1. настоящих Правил, необходимо предоставить:

11.3.2.1. постановление полиции, ГИБДД, суда, прокуратуры по факту заявленного события, если травма получена при ДТП, в результате противоправных действий третьих лиц, при наличии колото-резаных ран и подобных повреждений, а также в случае отравления, с указанием результатов судебно-химического исследования крови и мочи пострадавшего Застрахованного на предмет содержания в них алкогольных/наркотических веществ;

11.3.2.2. акт о несчастном случае на производстве Ф.№Н-1, если травма производственная либо акт о несчастном случае, если травма получена: на транспорте, во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях, во время посещения парковых аттракционов в парках развлечений;

11.3.2.3. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно представить:

11.3.2.3.1. справку из журнала регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях Ф.№067/у, если травматическое повреждение получено при занятиях спортом в образовательном учреждении, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях;

11.3.2.3.2. справку из журнала медицинского обслуживания физкультурных мероприятий Ф.№68/у, если травма получена во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий;

11.3.2.3.3. справку из журнала записи рентгенологических исследований Ф.№050/у, если в представленных медицинских документах отсутствуют сведения о дате и № регистрации проведенного рентгенологического исследования, подтверждающего факт перелома кости, либо проведенного в связи с повреждением связок;

11.3.2.3.4. оригиналы рентгеновских снимков с результатами рентгенологического исследования при переломах и вывихах, травмах коленного сустава и черепно-мозговых травмах;

11.3.2.3.5. водительское удостоверение (иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категории любым транспортным средством) Застрахованного лица, либо водителя, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;

11.3.2.3.6. надлежащим образом оформленную копию акта об освидетельствовании о состоянии опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;

11.3.2.3.7. копию вступившего в законную силу приговора, решение суда – в случае если по факту события было возбуждено уголовное дело и/или ведется судебный процесс, от результатов которого зависит квалификация заявленного события;

11.3.2.3.8. копию постановления: о назначении дополнительной проверки, о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела, о начале судебного процесса, заверенную органом МВД.

11.3.3. в случае установления инвалидности I, II, или III группы в результате несчастного случая (риск А1), заболеваний (риски Б1, В1), а также в случае утраты профессиональной трудоспособности (риск Г4, Г5), кроме документов, указанных пп. 11.3.1. и 11.3.2. настоящих Правил, необходимо предоставить:

11.3.3.1. нотариально удостоверенную копию справки органа МСЭ об установлении инвалидности либо утрате профессиональной трудоспособности;

11.3.3.2. копию направления на МСЭ Ф.№088/у-06, заверенную органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;

11.3.3.3. акт Бюро МСЭ по результатам экспертизы установления степени утраты профессиональной трудоспособности либо установления группы инвалидности;

11.3.3.4. заключение центра профессиональной патологии о наличии профессионального заболевания;

11.3.3.5. пенсионное удостоверение;

11.3.4. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая (риск А2) или заболеваний (риски Б2, В2) кроме документов, указанных пп. 11.3.1. и 11.3.2. настоящих Правил, необходимо предоставить:

11.3.4.1. свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом, если Выгодоприобретатель на случай смерти Застрахованного лица не назван в договоре страхования (полисе);

11.3.4.2. нотариально удостоверенное распоряжение Застрахованного лица о назначении посмертного получателя страховой выплаты, если Выгодоприобретатель не назван в договоре страхования (страховом полисе);

11.3.4.3. свидетельство о смерти, выданное ЗАГС;

11.3.4.4. медицинское свидетельство о смерти Ф.№106/у выданное учреждениями здравоохранения для обращения в ЗАГС с целью получения свидетельства о смерти и справки Ф.№33;

11.3.4.5. акт судебно-медицинского исследования трупа (судебно-химического исследования) Ф.№175/у, с указанием результатов биохимического исследования биологических материалов, а также крови и мочи на наличие алкоголя и наркотикосодержащих веществ либо, если судебно-медицинского исследования трупа не проводилось, протокол/карту патолого-анатомического исследования Ф.№013/у;

11.3.4.6. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно предоставить:

11.3.4.6.1. посмертный эпикриз;

11.3.4.6.2. заключение эксперта / экспертиза трупа Ф.№170/у;

11.4. В случае, если Застрахованный является несовершеннолетним либо недееспособным, то от его имени заявление подается его законным представителем, который дополнительно предоставляет документы, подтверждающие законность его полномочий в отношении Застрахованного лица.

11.5. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке. Все документы, выданные на территории иностранного государства, должны быть надлежащим образом легализованы, иметь апостиль (если применимо) и/или иметь нотариально заверенный перевод.

11.6. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

11.7. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, а также проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

11.8. Все документы, выданные компетентными органами, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего учреждения.

11.9. Все копии предоставляемых документов должны быть заверены надлежащим образом, выдавшим их учреждением.

11.10. В случае изменения действующих форм документов, указанных в пп. 11.3.1–11.3.4. настоящих Правил, Заявитель обязан предоставить документы по вновь утвержденным формам.

11.11. После получения от Заявителя всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а также документов, запрошенных у компетентных органов, Страховщик обязан:

11.11.1. в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения всех документов, принять решение о признании заявленного события страховым или не страховым случаем;

11.11.2. в случае признания заявленного события страховым случаем, в течение 20 (двадцати) рабочих дней составить страховой акт (иной документ о выплате по форме Страховщика, далее страховой акт) и произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в соответствии с условиями договора страхования;

11.11.3. В случае принятия решения об отказе в выплате, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе, если иной срок не установлен действующим

законодательством Российской Федерации и нормативными актами Банка России, направить Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного взаимодействия/документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, Страховщик вправе отсрочить принятие решения по заявленному событию, письменно известив об этом Заявителя, до момента окончания проверки, расследования или судебного разбирательства.

11.12. Если Заявитель обратился с заявлением о страховой выплате в период, когда процесс лечения Застрахованного лица еще не закончился (имеются признаки воспаления, осложнения или лечение продолжается), Страховщик вправе принять решение о предварительной выплате по состоянию здоровья на день подачи заявления. Решение о выплате принимается при наличии всех документов, необходимых для принятия решения о выплате по состоянию здоровья на момент обращения.

11.13. В случае возникновения споров между Сторонами о причинах и размере вреда каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы (при этом Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) согласовывает эксперта (оценщика) со Страховщиком). Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения. Если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в страховой выплате был не обоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой было первоначально отказано, и суммы, выплаченной после проведения экспертизы. Расходы на проведение экспертизы по случаям, признанным после ее проведения не страховыми, относятся на счет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

11.14. Страховая выплата производится по желанию Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) путем перечисления денежных средств на расчетный счет, или наличные денежные средствами.

11.15. При определении в договоре страхования страховой суммы, размера страховой премии в валютном эквиваленте, страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая, если иная дата не указана в договоре страхования.

12. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

12.1. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим в период страхования, не может превышать размера страховой суммы, обусловленной условиями договора страхования.

12.2. Расчет суммы страховой выплаты производится в соответствии с вариантом страхования, обусловленным договором страхования.

12.3. Размер суммы страховой выплаты определяется Страховщиком на основании документов, предоставленных Заявителем, в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

12.4. В случае временной утраты общей трудоспособности Застрахованным лицом (расстройства здоровья), явившейся следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А3, Б3, В3, страховая выплата производится по одному из вариантов (если иное не предусмотрено договором страхования), обусловленному договором страхования, в следующих размерах от страховой суммы:

Страховые риски	Порядок определения размера страховой выплаты		
	Вариант I	Вариант II	Вариант III
Риск А (п. 4.1.1. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, при условии непрерывного лечения, но не более чем за 90 календарных дней.	В размере разницы между средненежным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
Риск Б (п. 4.1.2. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	В размере разницы между средненежным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
Риск В (п. 4.1.3. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	Не производится

12.4.1. Количество дней нетрудоспособности исчисляется за период лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий несчастного случая, заболеваний. При расчете количества дней нетрудоспособности период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.4.2. Началом лечения считается дата обращения в лечебное учреждение по поводу несчастного случая либо заболевания, а окончанием служит дата, опре-

деленная лечащим врачом в карте амбулаторного или стационарного больного как дата выздоровления либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение.

12.5. В случае установления группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу, в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А1, Б1, В1, страховая выплата (если иное не предусмотрено условиями договора страхования) производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

Группа (категория) инвалидности	Размер страховой выплаты в %
Категория «Ребенок-инвалид»	100,00
I группа	100,00
II группа	100,00
III группа	40,00

12.6. Если в связи со страховым случаем была произведена страховая выплата, а в дальнейшем будет выявлено более тяжелое повреждение того же органа, осложнение травмы или установление инвалидности, дающие основания для страховой выплаты в большем размере, произведенная ранее страховая выплата вычитается из страховой суммы, исчисленной при принятии окончательного решения.

12.7. В том случае, когда в течение 6 месяцев после перелома кости Застрахованный получил повторный перелом (за исключением патологического перелома) той же кости и в том же месте (рефрактуру), страховая выплата производится при условии подтверждения факта повторного перелома рентгенограммами, выполненными по окончании лечения первого перелома, а также повторного перелома.

12.8. При сочетанном повреждении в результате одной травмы нескольких органов размер страховой выплаты устанавливается с учетом функциональных нарушений каждого травмированного органа, но в целом не может превышать 100% страховой суммы с учетом ранее произведенных выплат.

12.9. Удаление во время операции по поводу травмы болезненно измененного органа (в связи с заболеванием, развившимся до травмы) к страховым случаям не относится. Страховая выплата при этих условиях может проводиться только за факт проведенного оперативного вмешательства.

12.10. Если в связи с травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно, независимо от их количества. Если же в результате одной травмы наступят переломы костей различных сегментов конечности (например, плеча и предплечья, бедра и голени и т.п.), страховая выплата производится с учетом оперативных вмешательств на каждом из сегментов конечности путем суммирования.

12.11. В случае смерти Застрахованного лица в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А2, Б2, В2, страховая выплата производится Выгодоприобретателю в размере 100% страховой суммы, обусловленной договором страхования при условии, что страховая выплата по договору страхования не производилась. Если по договору страхования выплаты были произведены, то они удерживаются из суммы выплаты, исчисленной по случаю смерти Застрахованного лица.

12.12. Лица, виновные в смерти Застрахованного лица или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного лица, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

12.13. Страховая выплата по случаю смерти Застрахованного лица или постоянной утраты общей трудоспособности производится, если смерть или установление группы (категории) инвалидности наступили в течение одного года со дня наступления события, имеющего признаки страхового риска, обусловленного договором страхования.

12.14. В случае утраты профессиональной трудоспособности в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, относящихся к рискам Г4 или Г5, страховая выплата производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

Характер снижения способности к профессиональной деятельности в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
Полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях, со значительным выраженными нарушениями функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 100%	100,00
Способность к профессиональной деятельности (труду) лишь в специально созданных производственных условиях вследствие выраженных нарушений функций организма.	80,00
При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 80% включительно	50,00
Способность к профессиональной деятельности в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренного нарушения функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 50% включительно.	40,00
Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному установлена группа инвалидности.	20,00

Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному не установлена группа инвалидности.	10,00
Способность профессиональной деятельности в обычных профессиональных условиях с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие незначительных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 10% включительно.	

12.15. В случае если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся страховую выплату, выплата производится его наследникам.

13. ОСНОВАНИЯ, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

13.1. Страховщик отказывает в выплате страхового возмещения в случаях:

13.1.1. освобождения от выплаты согласно пп. 4.5, 4.7 настоящих Правил;

13.1.2. если событие не обладает признаками страхового случая и/или относится к исключениям, предусмотренным пп 4.4, 4.6 настоящих Правил.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. По спорам, вытекающим из договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

– проведение переговоров – при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за семь дней до дня переговоров;

– при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

14.1.1. Для юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п. 14.2.2 настоящих Правил), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

14.1.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовым организациям (ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») составляет:

– в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», – 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 (ста восьмидесяти) календарных дней;

– в иных случаях 30 (тридцать) дней.

В случае неудовлетворения претензий/заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

14.1.3. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам.

14.1.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. В случае неисполнения Страховщиком своих обязательств по выплате страхового возмещения в сроки, установленные настоящими Правилами, Страховщик за пользование чужими денежными средствами (вследствие их неправомерного удержания, уклонения от их возврата, иной просрочки в их уплате либо неосновательного получения или сбережения за счет другого лица) в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации уплачивает Страхователю (Выгодоприобретателю) проценты на сумму долга. Если иное не определено Сторонами при заключении договора страхования, размер процентов составляет 0,01% в день от суммы долга, при этом максимальный размер причитающейся к выплате суммы процентов на основании настоящего пункта не может превышать 10% от размера долга. Проценты согласно ст. 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации на сумму долга не начисляются и не выплачиваются.

14.3. Страхователь (Выгодоприобретатель) намеренный получить проценты за пользование чужими денежными средствами должен обратиться с соответствующей претензией к Страховщику в соответствии с настоящим разделом Правил.

14.4. Прочие условия определяются действующим законодательством Российской Федерации.

15. ПОЧТОВЫЕ УВЕДОМЛЕНИЯ

15.1. Вся переписка между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) осуществляется по почтовым адресам, указанным в договоре страхования (страховом полисе). Каждая из Сторон обязана известить другую Сторону об изменении таких адресов в течение 3 (трех) дней с даты его изменения в письменной форме, при этом риски неполучения корреспонденции в связи с неуведомлением о таком изменении лежат на Стороне, не исполнившей данную обязанность.

15.2. Уведомление, направленное по почтовому адресу, указанному в договоре

страхования (страховом полисе), считается доставленным и полученным адресатом по истечении 10 (десяти) дней после его отправки, дата которой подтверждается штемпелем на конверте, либо ином документе о направлении такого уведомления, в том числе, в случае возврата почтовой корреспонденции с указанием, что Сторона по адресу, указанному в договоре страхования, не значится («выбыл») или за окончанием срока хранения.

15.3. Иной срок, по истечении которого направленное уведомление считается доставленным и полученным адресатом, а также порядок такого уведомления может быть установлен настоящими Правилами или изменен по соглашению Сторон в договоре страхования (страховом полисе).