

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом генерального директора
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Слюсаря А.В.
от 21.08.2020 № 132

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И
СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик – ООО «АльфаСтрахование-Жизнь», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельностью, действующее на основании лицензии, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

Сервисная организация — Компания, оказывающая и/или организующая оказание Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

Страхователь - Дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Застрахованный - Физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Выгодоприобретатель - Одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем, с письменного согласия Застрахованного, для получения Страховых выплат по Договору страхования.

Выгодоприобретателем по Договору страхования является сам Застрахованный, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь, с письменного согласия Застрахованного, вправе указать абсолютную или относительную величину Страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. Если величина Страховых выплат, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя, не указана, то Страховая выплата распределяется между всеми Выгодоприобретателями в равных долях.

В случае смерти Застрахованного, если Выгодоприобретатель не назначен, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

Договор страхования - Соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, произвести Выгодоприобретателям обусловленную Договором страхования Страховую выплату в пределах определенной Договором страхования суммы (Страховой суммы) или организовать при наступлении Страхового случая предоставление Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в пределах Страховой суммы в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

Декларация Застрахованного — Неотъемлемая часть Договора страхования, содержащая обязательные для заключения Договора страхования сведения о состоянии здоровья и образе жизни Застрахованного.

Полис-оферта - Документ, в соответствии с условиями которого Страховщик предлагает заключить Страхователю Договор страхования, оформленный в соответствии с законодательством РФ. Подписанный Полис-оферта вручается (направляется) Страховщиком Страхователю. Если иное не предусмотрено Договором страхования, акцепт Полиса-оферты совершается Страхователем путем уплаты Страховой премии в порядке и сроки, установленные Договором страхования (Полисом-офертой).

Страховой сертификат - Документ, оформленный в соответствии с законодательством РФ, содержащий все существенные условия Договора страхования. Подписанный Страховщиком Страховой сертификат выдается Страхователю. Уплата Страхователем Страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, установленные Страховым Сертификатом, и принятие Страхователем Страхового сертификата подтверждают факт заключения Договора страхования.

Страховой риск - Предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами проводится страхование.

Страховой случай - Совершившееся событие (реализованный с соблюдением условий настоящих Правил и Договора страхования Страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

Выжидательный период - Период времени, в течение которого наступившее событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как Страховой случай. После окончания

Выжидательного периода, случай будет рассматриваться как страховой в соответствии с условиями Договора страхования.

Квалификационный период – Период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай.

Период ожидания - Период времени с момента заключения Договора страхования до момента вступления Договора страхования в силу в отношении части риска, одного или нескольких рисков, указанных в Договоре страхования.

Франшиза - Предусмотренная Договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к Страховой сумме, в размере определенной части Страховой суммы или в абсолютной величине. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды Франшизы.

Офис Страховщика - Принадлежащее Страховщику помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования. Если в договоре страхования не указано место его заключения, договор признается заключенным в месте нахождения Страховщика.

Страховая сумма - Денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая.

Страховой тариф - Ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы.

Страховая премия - Денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия может быть уплачена одновременно или в рассрочку в виде страховых взносов (например, ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно).

Страховая выплата - Денежная сумма, установленная Договором страхования, уплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая. При осуществлении добровольного медицинского страхования Страховая выплата может осуществляться в виде оказания и оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

Исключение — Определенная ситуация или состояние, по которым у Страховщика отсутствует обязательство производить Страховую выплату, а также организовывать оказание и/или оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

Срок страхования - Период времени, при наступлении Страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат, предусмотренных Договором страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Срок страхования совпадает со сроком действия Договора страхования.

Страховая годовщина - Календарная дата, месяц и день которой совпадают с определенной (предусмотренной) Договором страхования датой начала страхования, за исключением случаев, когда дата начала страхования приходится на 29 февраля. В случае если дата начала страхования приходится на 29 февраля, то в не високосные годы Страховой годовщиной считается 28 февраля.

Год страхования - Период времени между ближайшими Страховыми годовщинами.

Территория страхования - Территория, на которую распространяется действие Договора страхования и при наступлении Страхового случая на которой Страховщик несет обязанность по выплате страхового возмещения.

Несчастный случай - Если иное не предусмотрено Договором страхования, под несчастным случаем понимается произошедшее в течение срока страхования внезапное, кратковременное травмирующее воздействие внешних факторов (механического, термического, электротермического, химического, лучевого), характер, время и место которого можно однозначно определить на организм Застрахованного, произошедшее помимо воли Застрахованного и приведшее к телесным повреждениям, сопровождающимся нарушением анатомической целостности тканей и органов Застрахованного или его смерти. К несчастным случаям также относятся: утопление, воздействие электрического тока, солнечный удар, отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (за исключением пищевого

отравления), анафилактический шок, события, явившиеся следствием неправильных медицинских манипуляций, произведенных в период действия Договора.

Также к несчастным случаям относится заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом, бешенством, столбняком, если указанное обстоятельство прямо предусмотрено Договором страхования.

Договором страхования также может быть предусмотрено, что под несчастным случаем понимаются либо все из перечисленных выше типов (обстоятельств) внезапного физического воздействия, либо только те, которые наступили в результате определенных причин, например, в результате разбоя, ДТП, кораблекрушения, авиакатастрофы и т.д. При этом указанные причины должны быть прямо установлены в Договоре страхования.

К несчастным случаям не относятся, в частности, внезапно (остро) возникшие заболевания (инфаркт, инсульт, нарушения ритма сердца, ишемии органов с последующим некрозом, тромбоэмболии, разрыв аневризмы, вследствие болезненно измененных сосудов и т.п.).

Болезнь (заболевание) - Нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления в силу Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Договором страхования может быть определен Список болезней, по которому осуществляется страхование.

Естественные причины - Впервые диагностированные болезни (заболевания), вызвавшие смерть, инвалидность Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Смертельно-опасные заболевания (Критические заболевания) - Заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и качество жизни Застрахованного, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Договором страхования может быть определен список Смертельно-опасных заболеваний, по которому осуществляется страхование.

Хирургическая операция - Комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимых квалифицированным врачом с целью лечения и / или коррекции функций организма, выполняемых с помощью различных способов разъединения и соединения тканей. В рамках настоящих Правил к хирургическим операциям относятся операции, проведенные вследствие несчастного случая или Болезни, произошедшего / диагностированной в течение Срока страхования. Договором страхования может быть определен список Хирургических операций, по которому осуществляется страхование.

Госпитализация - Помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

Неправильные медицинские манипуляции - Манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к следующим негативным последствиям для здоровья Застрахованного: ушибу головного, спинного мозга, внутренних органов, перелому, вывиху костей, ранению, разрыву, ожогу, отморожению, поражению электрическим током, сдавлению, полной или частичной потере органа.

Временная утрата общей трудоспособности - Временная неспособность Застрахованного выполнять служебные обязанности из-за нарушения здоровья в результате несчастного случая и/или болезни, требующая проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения.

Для неработающих Застрахованных, в том числе детей в возрасте до 16 лет и пенсионеров, – это временное нарушение здоровья, требующее проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения.

При определении сроков временной нетрудоспособности / временного нарушения здоровья, требующего проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения, учитывается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного застрахованным лицом.

Проводимые профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития заболеваний (например, бешенства), лечением травм не являются. Поэтому время их проведения при определении срока непрерывного лечения последствий несчастного случая не учитывается.

Инвалидность - Стойкое ограничение жизнедеятельности Застрахованного (полная или частичная утрата Застрахованным способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью) вследствие расстройства функций организма, обусловленное заболеваниями и/или последствиями травм, приводящее к необходимости социальной защиты. Под группами инвалидности в настоящих Правилах понимается деление инвалидности по группам в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, как это определяется нормативными актами компетентных органов Российской Федерации.

В случае если Застрахованным является ребенок в возрасте до 18 лет, то по страховым рискам, связанным с установлением инвалидности Застрахованному в результате Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / впервые диагностированной в течение Срока страхования Болезни / наступивших в течение срока страхования Естественных причин, страховым случаем признается установление Застрахованному категории «Ребенок-инвалид». В рамках настоящих Правил установление категории «Ребенок-инвалид», в части определения размера и порядка осуществления страховых выплат, приравнивается к установлению Застрахованному инвалидности 1-й группы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Массовый спорт - Способ проведения свободного от основного вида деятельности времени на разовой или постоянной основе путем организованных и (или) самостоятельных занятий любительским спортом, а также участия в физкультурных и массовых спортивных мероприятиях (в том числе участия в спортивных соревнованиях, тренировках и сборах) в специально предназначенных для этого местах, объективно связанный с повышенной вероятностью наступления страхового события.

Профессиональный спорт - Часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату, и занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения).

Травмоопасные виды спорта и активного отдыха - Авиаспорт (включая дельта- и парапланеризм), автоспорт, альпинизм и скалолазание, американский футбол, регби, банджи-джампинг, бейсджампинг, бокс, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), гандбол, горнолыжный спорт, сноуборд, прыжки на лыжах с трамплина, горный трекинг, дайвинг и любые виды подводного спорта, серфинг, дзюдо, каратэ-до, каякинг, традиционное каратэ, кикбоксинг, конный спорт, роедо, мотобол, прыжки с парашютом, паркур, рафтинг, рукопашный бой, самбо, силовое троеборье, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спортивная борьба, таэквондо (тхэквондо), у-шу, фридайвинг, фристайл, хоккей с шайбой, все ранее не упомянутые виды силовых единоборств, катание или путешествие на лодках (гребных, моторных), плотах и маломерных судах; катание на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизованном транспортном средстве.

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) - Событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб.

Общественный транспорт - Автобусы, маршрутные такси, троллейбусы, трамваи, метро, средства железнодорожного, воздушного и водного транспорта, осуществляющие перевозки пассажиров и багажа, на основании публичного договора по регулярному маршруту по установленному расписанию.

Кораблекрушение – Происшествие, связанное с эксплуатацией водного судна, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

Авиакатастрофа – Происшествие, связанное с летной эксплуатацией воздушного судна, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

Железнодорожная катастрофа – Происшествие, связанное с эксплуатацией железнодорожного состава, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

Террористический акт — Совершение взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях дестабилизации деятельности органов власти или международных организаций либо воздействия на принятие ими решений, а также угроза совершения указанных действий в тех же целях.

Медицинская организация — Юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющие профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований (в том числе, с применением телемедицинских технологий); санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Телемедицинские технологии — Информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе, с применением телемедицинских технологий.

Медицинские услуги — Мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, направленных на диагностику заболеваний и их лечение.

Медико-сервисные услуги — Услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания Медицинских услуг и включенные в Медицинскую программу, в том числе: транспортировка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому уходу, предоставленные Застрахованному во время пребывания в Медицинской организации, и одному сопровождающему лицу, оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного, проживание в гостинице (отеле) Застрахованного (одного сопровождающего лица), необходимые по медицинским показаниям, оплата услуг, оказываемых прижизненному донору), оформление Сервисной организацией/Медицинской организацией, рекомендованной Страховщиком, различной медицинской документации.

Медицинская программа — Условия и порядок предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, установленные настоящими Правилами и Договором страхования, в соответствии с которыми Медицинская и/или Сервисная организация, по поручению Страховщика, осуществляет оказание Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, включая, но, не ограничиваясь госпитализацией, визовой поддержкой, размещением в гостинице, транспортировкой и клиентским сервисом. Договором страхования может быть предусмотрено несколько Медицинских программ.

Медицинская экспертиза — Проводимые в установленном порядке исследования с целью установления состояния здоровья человека, определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий и/или факторов и состоянием здоровья Застрахованного.

Экспертное медицинское мнение («Второе мнение») — Процесс вынесения второго медицинского заключения, основанный на углубленном изучении медицинских данных Застрахованного и предполагающегося диагностического материала.

Диагностирование — Комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

Врач — Специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного (Страхователя / Выгодоприобретателя), и имеющий

право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).

Предварительное подтверждение — Письменный документ, в котором Страховщиком и/или Сервисной организацией подтверждается страховое покрытие по Договору страхования до начала оказания услуг Медицинской организацией.

Транспортировка — Перемещение Застрахованного (одного сопровождающего его лица, если это прямо предусмотрено условиями страхования) в связи с проведением лечения, рекомендованного Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания до Медицинской организации в соответствии с условиями Договора страхования и обратно из Медицинской организации до места постоянного проживания.

Протезирование или имплантация — Комплекс медицинских услуг, направленных на полную или частичную замену с целью восстановления функции отсутствующих, не действующих, либо действующих с нарушениями органов или частей тела.

Протез — Устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

Злокачественная опухоль — Подтвержденное врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования патологическое изменение тканей Застрахованного, характеризующееся бесконтрольным размножением клеток, отсутствием клеточной дифференцировки, способностью к инвазии и метастазированию.

Неинвазивный рак или рак «in situ» — Злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникающая в строму или окружающие ткани.

Аортокоронарное шунтирование — Оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями.

Трансплантация — Операция по замещению тканей или органов Застрахованного взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

Церебральный синдром — Наличие церебрального нарушения или повреждения головного мозга, приводящего к частичному или полному нарушению мозговых функций.

Репатриация — Комплекс услуг, связанных с транспортировкой останков Застрахованного к месту, где ранее постоянно проживал Застрахованный, в связи со смертью Застрахованного, произошедшей в процессе проведения лечения заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

Предшествующие состояния — Любые заболевания Застрахованного, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, до даты начала действия Договора страхования.

Альтернативная медицина — Система, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним относятся акупунктура, методы биоэлектромагнитного воздействия, диеты, пищевые добавки, фитотерапия и методики здорового образа жизни, методы управления телом и эмоциями, методы лечения с использованием рук (мануальная терапия, остеопатия, постизометрическая релаксация, различные виды массажа), ароматерапия, фитотерапия, гомеопатия, натуропатия, мезотерапия, психопунктура, астрология, биоритмология, терапия прошлых жизней, терапия сновидениями, фэн-шуй.

Экспериментальное лечение — Терапевтические или хирургические методы лечения, не являющиеся общепринятыми в рамках Всемирной организации здравоохранения в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

Лекарственные препараты — Любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить

только по рецепту Врача у лицензированного фармацевта. Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска - Смена профессиональной деятельности Застрахованного на профессиональную деятельность, связанную с повышенным риском, которая может привести к травмам и / или профессиональным заболеваниям, переезд в другую страну на срок свыше 1 года, начало регулярных занятий Травмоопасными видами спорта и отдыха, предполагающими участие в тренировках, соревнованиях, объективно связанные с повышением вероятности возникновения Несчастных случаев или Болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ или заболевание СПИДом, а также изменение иных обстоятельств, оговоренных Страховщиком (например, в письменном запросе, заявлении на страхование, Договоре страхования). Также фактором существенного изменения степени Страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп Инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы) - Чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии с лицензией, выданной Центральным Банком России, на основании Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) заключает Договоры добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее - Договоры страхования) с дееспособными физическими или юридическими лицами.

1.2. По Договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), осуществлять Страховые выплаты в пределах обусловленной Договором страхования Страховой суммы в случае причинения вреда здоровью Застрахованного или его смерти или организовать при наступлении Страхового случая предоставление Медицинских и/или Медико-сервисных услуг необходимого и надлежащего качества в пределах Страховой суммы в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

1.3. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного Заявления на страхование, сделанного Страхователем.

1.4. Право на получение Страховых выплат принадлежит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования от Несчастных случаев и Болезней являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также его смертью.

2.2. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

2.2.1. По Договору страхования Застрахованный имеет право на получение Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в порядке и на условиях настоящих Правил и Договора страхования в

Медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а также посредством Сервисных организаций.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события, не подпадающие под исключения из страхового покрытия:

3.1.1. Смерть Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин;

3.1.2. Смерть Застрахованного, наступившая в результате ДТП;

3.1.3. Смерть Застрахованного, наступившая в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы;

3.1.4. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин;

3.1.5. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате ДТП;

3.1.6. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы;

3.1.7. Травматическое (телесное) повреждение, полученное Застрахованным в результате Несчастного случая (Список травматических (телесных) повреждений приведен в «Таблицах выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам));

3.1.8. Госпитализация Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни;

3.1.9. Временная утрата Застрахованным общей трудоспособности в результате Несчастного случая и/или Болезни;

3.1.10. Установление Застрахованному в течение срока страхования окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведение Застрахованному одной из Хирургических операций, указанных в «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение № 3 к настоящим Правилам);

3.1.11. Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с Условиями медицинской программы (Приложения № 4 – 6 к настоящим Правилам).

3.2. Договор страхования может быть заключен на случай одного или нескольких Страховых рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Правил. Конкретный перечень Страховых рисков устанавливается в Договоре страхования.

3.3. Страховыми случаями признаются события, указанные в п. 3.1 настоящих Правил, если они произошли в течение Срока страхования, в результате имевшего место в течение Срока страхования Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / впервые диагностированной в течение Срока страхования Болезни / наступивших в течение срока страхования Естественных причин. Договором страхования также может быть установлено, что события, указанные в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил, признаются Страховыми случаями, если они произошли в течение Срока страхования и / или в течение иного срока после наступления соответствующего Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / первого диагностирования Болезни / наступления Естественных причин. При этом, если иное не установлено Договором страхования, страховым случаем не признаются события, указанные в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил после окончания срока страхования, даже если причиной установления группы инвалидности или смерти стало событие, произошедшее в течение срока страхования.

3.4. Договором страхования, в части рисков, указанных в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, может быть предусмотрено страхование как на случай установления всех (1, 2, 3) групп Инвалидности, так и на случай установления нескольких или одной группы Инвалидности, например, только 1-й группы Инвалидности.

3.5. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование по п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил в части страхования от Болезней осуществляется на основании «Списка болезней» (Приложение №1 к настоящим

Правилам). При этом случай может быть признан страховым, только если смерть Застрахованного, Инвалидность Застрахованного, утрата Застрахованным трудоспособности или его Госпитализация явились следствием Болезней, указанных в «Списке болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам).

3.6. Дополнительно Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование по риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, в части страхования от Болезней осуществляется на основании «Списка опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам). При этом случай может быть признан страховым, только если Госпитализация Застрахованного явилась следствием Болезней или необходимости проведения медицинских манипуляций, указанных в «Списке опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам), и была осуществлена в Медицинскую организацию по направлению Сервисной организации и/или Страховщика.

3.7. По соглашению Страхователя и Страховщика при заключении Договора страхования в «Список болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам), «Таблицы выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам), «Перечень заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), «Условия медицинских программ» (Приложения № 4 - 6 к настоящим Правилам), «Список опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам) могут быть внесены изменения, направленные как на расширение, так и на сужение указанных документов. Данные изменения должны быть зафиксированы в Договоре страхования.

3.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что ответственность Страховщика действует как 24 часа в сутки, так и в течение определенного времени / периода (в период выполнения служебных (трудовых) обязанностей по месту работы (в период пребывания в учебном заведении) и в быту), установленного в Договоре страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то ответственность Страховщика действует 24 часа в сутки.

3.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой наступления Страхового случая по настоящим Правилам является:

3.9.1. По рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил, – дата смерти Застрахованного;

3.9.2. По рискам, указанным в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, – дата установления Застрахованному группы Инвалидности;

3.9.3. По риску, указанному в п. 3.1.7 настоящих Правил, – дата наступления Несчастного случая;

3.9.4. По риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, – дата первого дня Госпитализации Застрахованного. Если при заключении Договора страхования сторонами был установлен Выжидательный период или Квалификационный период, то датой наступления страхового случая признается первый из дней после окончания Выжидательного / Квалификационного периода, за которые Страховщик обязан произвести страховую выплату;

3.9.5. По риску, указанному в п. 3.1.9 настоящих Правил, – дата первого дня нетрудоспособности/лечения Застрахованного. Если при заключении Договора страхования сторонами был установлен Выжидательный период или Квалификационный период, то датой наступления страхового случая признается первый из дней после окончания Выжидательного / Квалификационного периода, за которые Страховщик обязан произвести страховую выплату ;

3.9.6. По риску, указанному в п. 3.1.10 настоящих Правил, – дата установления Застрахованному окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или дата проведения Застрахованному одной из Хирургических операций;

3.9.7. По риску, указанному в п. 3.1.11 настоящих Правил, – дата обращения Застрахованного в Медицинскую и/или Сервисную организацию и/или к Страховщику за получением Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то по настоящим Правилам не признаются Страховыми случаями события, перечисленные в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил:

4.1.1. Происшедшие вследствие причинения Застрахованным себе телесных повреждений, совершения Застрахованным противоправных действий, за которые предусмотрена ответственность действующим Уголовным Кодексом РФ;

4.1.2. Происшедшие вследствие алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ;

4.1.3. Происшедшие вследствие заболевания СПИДом, заболевания в присутствии ВИЧ-Инфекции;

4.1.4. Происшедшие вследствие следующих заболеваний Застрахованного: стойкие нервные или психические расстройства (включая эпилепсию), а также вследствие Несчастных случаев, произошедших с Застрахованными, которые страдают (или страдали) стойкими нервными или психическими расстройствами (включая эпилепсию), алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и состоят (состояли) на диспансерном учете по этому поводу;

4.1.5. Происшедшие вследствие исполнения судебного решения, вступившего в законную силу;

4.1.6. Происшедшие вследствие несчастных случаев или болезней, произошедших во время пребывания Застрахованного в местах лишения свободы, тюремного заключения (за исключением случаев, произошедших с сотрудниками пенитенциарных учреждений);

4.1.7. Происшедшие во время прохождения Застрахованным военной службы;

4.1.8. Происшедшие вследствие химического или биологического заражения местности;

4.1.9. Происшедшие вследствие любых событий, связанных с применением Застрахованным, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ;

4.1.10. Происшедшие вследствие травмоопасных занятий и хобби, участия Застрахованного в спортивных занятиях, тренировках, соревнованиях, гонках, занятиях опасными видами спорта и активного отдыха - авиаспорт (включая дельта- и парапланеризм), автоспорт, альпинизм и скалолазание, американский футбол, регби, банджи-джампинг, бейсджампинг, бокс, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), гандбол, горнолыжный спорт, сноуборд, прыжки на лыжах с трамплина, горный треккинг, дайвинг и любые виды подводного спорта, серфинг, дзюдо, каратэ-до, каякинг, традиционное каратэ, кикбоксинг, конный спорт, родео, мотобол, прыжки с парашютом, паркур, рафтинг, рукопашный бой, самбо, силовое троеборье, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спортивная борьба, таэквондо (тхэквондо), у-шу, фридайвинг, фристайл, хоккей с шайбой, все ранее не упомянутые виды силовых единоборств, катание или путешествие на лодках (гребных, моторных), плотках и маломерных судах; катание на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизированном транспортном средстве;

4.1.11. Происшедшие вследствие любых полетов Застрахованного, кроме перемещения на регулярных и чартерных рейсах в качестве пассажира на самолете, который принадлежит авиационному предприятию и зарегистрирован должным образом;

4.1.12. Происшедшие вследствие Болезни / Несчастного случая / ДТП / диагностированной / произошедших до заключения Договора страхования;

4.1.13. Происшедшие вследствие использования Застрахованным транспортного средства, устройства, механизма или оборудования в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; при отсутствии у него соответствующих обязательных прав к управлению, пользованию ими (транспортными средствами, устройствами, механизмами или оборудованием), а также в результате передачи Застрахованным управления указанными средствами (устройствами, механизмами или оборудованием) лицу, не имевшему соответствующих обязательных прав допуска или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.1.14. Происшедшие вследствие случаев, указанных как исключения из страхового покрытия, предусмотренных в Списке болезней» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), «Таблицах

выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам), «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение № 3 к настоящим Правилам), в случае, если Договором страхования предусмотрено, что страхование осуществляется на основании таких списков (таблиц, перечней, программ);

4.1.15. Происшедшие вследствие заболевания, возникшего в результате укуса насекомых и животных (за исключением отравления ядом);

4.1.16. Происшедшие вследствие лечения, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционную медицину, несоблюдения Застрахованным рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима; отказа Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшее к смерти, Инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления;

4.1.17. Если в момент наступления Несчастного случая или при освидетельствовании Застрахованного уполномоченными органами по факту данного события Застрахованный находился под воздействием психотропных веществ, в состоянии наркотического опьянения или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного в количестве 2 (Двух) и более промилле);

4.1.18. Происшедшие вследствие пищевых токсикоинфекций, патологических переломов, привычных и/или повторных вывихов, подвывихов, врожденных заболеваний;

4.1.19. В случае если Договором страхования предусмотрен Выжидательный или Квалификационный период, не признается страховым случаем событие, наступившее в течение Выжидательного / Квалификационного периода.

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил, не признается Страховым случаем событие, указанное в п. 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, произошедшее:

4.2.1. В связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи (в отношении риска, указанного в п. 3.1.9 настоящих Правил), временная утрата трудоспособности / госпитализация в связи с беременностью или её прерыванием, выкидышем, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, наследственного заболевания, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством (за исключением случаев, когда это необходимо для лечения или устранения последствий телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем), лечением венерических заболеваний или заболеваний в присутствии ВИЧ-инфекции, в связи с психическим расстройством или любым заболеванием нервной системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10) любых заболеваний нервной системы, временная утрата трудоспособности / госпитализация в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, простудных заболеваний (ОРВИ), пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), временная утрата трудоспособности / госпитализация, наступившая вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф);

4.2.2. С целью проведения медицинского обследования Застрахованного; проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантинном или иными превентивными мерами официальных властей;

4.2.3. В связи с попыткой совершить самоубийство, независимо от Срока действия Договора страхования на момент наступления Страхового случая;

4.2.4. В результате медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим Страховым случаем; получения лечения, связанного с профилактикой заболеваний.

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил и в «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), не признается Страховым случаем событие, указанное в п. 3.1.10 настоящих Правил:

4.3.1. Произошедшее вследствие установления Застрахованному окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведение Застрахованному одной из Хирургических операций, если Застрахованный умирает в течение срока, длительностью до 6 (Шести) месяцев (180 календарных дней) с даты установления окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведения Застрахованному одной из Хирургических операций, согласно «Перечню заболеваний и хирургических операций», установленному Договором страхования. Длительность указанного срока устанавливается в Договоре страхования;

4.3.2. В связи с попыткой совершить самоубийство независимо от срока действия Договора страхования;

4.3.3. Если Застрахованный на момент заключения Договора страхования уже страдает или страдал одним из заболеваний или перенес одну из операций, указанных в «Перечне заболеваний и хирургических операций», установленном Договором страхования;

4.3.4. Если Застрахованный на момент заключения Договора страхования или в течение срока, длительностью до 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней, до момента заключения Договора страхования, проходит/проходил медицинское обследование, по итогам которого ему был/будет установлен окончательный диагноз одного из Смертельно-опасных заболеваний или было/будет назначено проведение одной из Хирургических операций из «Перечня заболеваний и хирургических операций», установленного Договором страхования.

4.4. Если Договором страхования предусмотрено, что к Несчастным случаям относится заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом, то Страховым случаем не признается событие (если иное не предусмотрено Договором страхования), произошедшее вследствие:

4.4.1. Заболевания клещевым энцефалитом у лиц, не прошедших экстренную иммунизацию противоклещевым иммуноглобулином в течение 96 (Девяносто шести) часов с момента укуса клеща (факт прохождения экстренной иммунопрофилактики подтверждается отметкой в страховом полисе обязательного медицинского страхования);

4.4.2. Укуса клеща и/или напояния клеща на кожные покровы Застрахованного (в результате чего в отношении Застрахованного возникло заболевание клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом) до начала Срока страхования;

4.4.3. Обращения Застрахованного за медицинской помощью по истечению срока действия Договора страхования.

4.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, указанные в п.п. 3.1.3, 3.1.6 настоящих Правил:

4.5.1. Наступившие в результате Кораблекрушения / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы, произошедших до заключения Договора страхования.

4.6. Дополнительно Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, наступившие:

4.6.1. Вследствие новообразований (злокачественных новообразований (онкологических заболеваний), доброкачественных новообразований, новообразований IN SITU, новообразований неопределённого или неизвестного характера);

4.6.2. Вследствие болезней нервной системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.3. Вследствие психических расстройств и расстройств поведения (психических заболеваний) согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.4. Вследствие заболеваний системы кровообращения, крови, кровяных органов (например: ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма, анемия, а также иные хронические заболевания, относящиеся, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям системы кровообращения, крови, кровяных органов);

4.6.5. Вследствие заболеваний органов пищеварения (гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии, а также иные хронические заболевания, относящиеся,

согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям органов пищеварения);

4.6.6. Вследствие заболеваний органов дыхания (например: ХОБЛ, бронхиальная астма, туберкулез, а также иные хронические заболевания, относящиеся, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям дыхательной системы);

4.6.7. Вследствие заболеваний мочеполовой системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.8. Вследствие заболеваний эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.9. Вследствие любых врожденных заболеваний, аномалий (пороки развития), деформаций и хромосомных нарушений согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.10. Вследствие заболеваний: глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.11. Вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.12. Вследствие заболеваний, связанных с беременностью и родами и/или их осложнениями;

4.6.13. В связи с абортom, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования;

4.6.14. В связи со стерилизацией, оплодотворением, рестерилизацией или лечением бесплодия, с лечением импотенции, с лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, в связи с психическим расстройством, в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии или природного бедствия;

4.6.15. Вследствие проведения медицинского обследования Застрахованного; проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантинom или иными превентивными мерами официальных властей;

4.6.16. Вследствие медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим Страховым случаем; получения лечения, связанного с профилактикой заболеваний.

4.7. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, произошедшие в результате употребления алкогольных, наркотических, токсических, веществ без предписания врача, при условии, что нахождение в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения подтверждено документом, выданным медицинским учреждением.

4.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями события, произошедшие:

4.8.1. Вследствие любых Болезней (заболеваний);

4.8.2. Вследствие любого Несчастного случая;

4.9. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями события, произошедшие в результате профессиональной / трудовой деятельности Застрахованного; выполнения Застрахованным трудовых / профессиональных обязанностей.

4.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании по рискам, указанным в п. 3.1.11 настоящих Правил, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в Страховой выплате в случаях:

4.10.1. Если Страховщик не был извещен в срок, указанный в Договоре страхования, о Страховом случае, если не

будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести Страховую выплату;

4.10.2. Если требование о Страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение Страхового случая.

4.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п. 4.10 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, указанные в п. 3.1.11 настоящих Правил, если:

4.11.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования и/или приложениями к нему;

4.11.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.11.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний;

4.11.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

4.11.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования и/или приложениями к нему.

4.12. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические и/или иные мероприятия, выходящие за рамки покрытия по Договору страхования, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

4.13. Условиями медицинских программ (Приложения № 4 – 6 к настоящим Правилам) могут быть предусмотрены другие основания для отказа в Страховой выплате, а также случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения, если это не противоречит законодательству РФ.

4.14. В случаях, попадающих под действие п.п. 4.1 - 4.14 настоящих Правил, события и деяния признаются таковыми на основании документов судебных, следственных органов, органов государственной власти и управления, медицинских организаций или других документов, доказывающих факт свершившегося события. При этом решение о Страховой выплате / отказе в Страховой выплате (отсутствии оснований для Страховых выплат) может быть отложено вплоть до предоставления таких документов.

4.15. В случаях, прямо предусмотренных Договором страхования, Страховые риски, происшедшие в результате одного или нескольких событий, перечисленных в п.п. 4.1-4.14 настоящих Правил, могут признаваться Страховыми случаями. При этом Договором страхования может быть предусмотрена уплата соответствующей дополнительной Страховой премии.

4.16. Договором страхования может быть предусмотрено условие, что в случае, если Срок страхования по Договору страхования в отношении Застрахованного составляет 1 (Один) месяц, исключения, указанные в п.п. 4.1.12, 4.5.1 настоящих Правил, действуют только в течение одного месяца с даты, определенной в Договоре страхования. Такое условие может действовать только в случае, если Договор страхования в отношении данного Застрахованного заключался непрерывно в течение не менее 6 (Шести) месяцев подряд, если иное не предусмотрено Договором страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то, независимо от Срока страхования, исключения, указанные, в п.п. 4.1.12, 4.6.1 настоящих Правил, всегда действуют в отношении Болезни / Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения, диагностированной / произошедшего / наступивших до даты первого

заключения Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного.

4.17. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования, то, независимо от того, в течение какого срока Договор страхования в отношении данного Застрахованного непрерывно заключался, в случае, если в отношении данного Застрахованного Договор не заключался хотя бы в течение 1 (Одного) месяца, указанные в п.п. 4.1.12, 4.5.1 настоящих Правил исключения действуют вновь на общих основаниях со следующего месяца страхования после перерыва в порядке, указанном в п. 4.17 настоящих Правил.

4.18. Страховщик освобождается от Страховой выплаты в случае наступления любого события, из перечисленных в п. 3.1 настоящих Правил, имеющего признаки Страхового случая, происшедшего вследствие:

4.18.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;

4.18.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

4.18.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.18.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

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

4.19. По рискам, указанным в п. 3.1 настоящих Правил, Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД, КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

5.1. Страховая сумма представляет собой определенную Договором страхования денежную сумму, устанавливаемую по каждому Страховому риску отдельно и/или по всем/некоторым страховым рискам вместе (агрегировано), исходя из которой определяются размеры Страховой премии и Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения. Страховая сумма может устанавливаться в Договоре страхования либо путем указания конкретной денежной суммы, либо путем указания способа расчета Страховой суммы.

5.2. При страховании по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.11 настоящих Правил, Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.3. Размер Страховой суммы, установленной по одному или нескольким Страховым рискам, может изменяться в течение срока действия Договора страхования. В этом случае порядок изменения размера Страховой суммы должен быть указан в Договоре страхования.

5.4. Страховщик вправе устанавливать максимальный / минимальный размер Страховой суммы в зависимости от условий страхования, при этом Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении Договора страхования / изменении условий Договора страхования, если требования Страхователя не удовлетворяют установленным Страховщиком ограничениям относительно минимального / максимального размера Страховой суммы.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрено установление отдельных лимитов ответственности (максимальных размеров страхового возмещения, количеству событий одного типа):

– По одному или нескольким Страховым случаям, происшедшим в течение срока действия Договора страхования;

– Отдельно по видам событий, повлекших наступление Страхового случая;

– По количеству событий одного типа (например, количество медицинских обследований в течение срока действия Договора страхования).

5.6. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может увеличить размер Страховой суммы или отдельных лимитов ответственности. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования с уплатой дополнительной Страховой премии.

5.7. В Договоре страхования стороны могут указать величину неоплачиваемого Страховщиком ущерба или убытка – франшизу, освобождающую Страховщика от возмещения убытков, не превышающих определенный размер.

5.8. Франшиза может быть условной, безусловной, агрегатной.

5.8.1. При назначении в Договоре страхования (полисе) условной франшизы Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размер франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает размер франшизы.

5.8.2. При назначении в Договоре страхования (полисе) безусловной франшизы ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом франшизы.

5.8.3. Агрегатная франшиза – фиксированная сумма, установленная в Договоре страхования, которая вычитается из суммы понесенных убытков за весь период действия Договора страхования.

В случае установления Агрегатной франшизы Страховщик осуществляет страховые выплаты, только после того, как общая сумма убытков, по произошедшим страховым случаям, превысит размер агрегатной франшизы.

5.8.4. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к Страховой сумме, в размере определенной части Страховой суммы или в абсолютной величине.

5.8.5. Если в Договоре страхования не оговорено иное, страхованием предусматривается безусловная франшиза, которая вычитается из суммы возмещения. Убытки, не превышающие величину франшизы, возмещению не подлежат.

5.8.6. Если в Договоре страхования не оговорено иное, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю и если в течение периода страхования происходит несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

5.9. В Договоре страхования может быть предусмотрен Выжидательный период или Квалификационный период в отношении рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Правил. При этом их продолжительность может устанавливаться различной в отношении различных страховых рисков. Длительность Выжидательного периода или Квалификационного периода устанавливается в Договоре страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая премия представляет собой плату за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер Страховой премии рассчитывается на основе разработанных Страховщиком базовых тарифов с учетом характера Страхового риска, перечня Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, условий их предоставления, Срока страхования, пола, возраста Застрахованного, других условий страхования и иных обстоятельств, а также расходов на ведение дела. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам повышающие / понижающие коэффициенты в зависимости от срока и порядка уплаты Страховой премии (страховых взносов), а также от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая, в том числе связанных с состоянием здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельностью, образом жизни, увлечениями и способами проведения досуга и т.п.

6.2. Страховая премия (страховые взносы) устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.3. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов (например, раз в месяц, раз в квартал, раз в полгода, раз в год). Порядок уплаты Страховой премии (страховых взносов) устанавливается Договором страхования.

6.4. Уплата Страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю) или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

6.5. Очередные страховые взносы уплачиваются до дат, указанных в Договоре страхования.

6.6. Если Договором страхования предусмотрено, что он вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем оплаты Страховой премии или ее первого взноса, то в случае неоплаты (не полной уплаты) Страховой премии (первого страхового взноса – при оплате Страховой премии в рассрочку) в полном объеме Договор страхования считается не вступившим в силу. Договором страхования может быть предусмотрен иной срок его вступления в силу.

6.7. Если Договор страхования вступает в силу с определенной календарной даты или с даты наступления определенного события и при этом по условиям Договора страхования Страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате в течение определенного Договором страхования срока с даты его вступления в силу, то, если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неоплаты Страховой премии (первого страхового взноса) в срок, предусмотренный Договором страхования, либо оплаты Страховой премии (первого страхового взноса) в сумме меньшей, чем предусмотрено в Договоре страхования, факт неуплаты признается для сторон Договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от Договора страхования. При этом Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты Страховой премии (первого или единовременного страхового взноса, очередного страхового взноса), которая, не была уплачена полностью, без направления письменного уведомления Страхователю, если Договором страхования не установлено иное.

6.8. Страховщик уведомляет Страхователя о просрочке очередного страхового взноса способом, согласованным Сторонами, позволяющим зафиксировать факт направления уведомления (почтовым отправлением, электронным письмом на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Страхователем).

6.9. По поручению Страхователя Страховую премию (страховые взносы) может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает. О данном поручении Страхователь обязан поставить в известность Страховщика.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ СРОК СТРАХОВАНИЯ

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

7.2. Для принятия решения о заключении Договора страхования Страховщик, для оценки степени риска, принимаемого на страхование, имеет право требовать заполнения Страхователем (Застрахованным) разработанных Страховщиком форм анкет, а также:

7.2.1. Предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений о состоянии здоровья Застрахованного, прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования, либо требовать медицинские документы от медицинского учреждения, где проходил лечение или наблюдался Застрахованный, для оценки фактического состояния его здоровья. Все предоставляемые документы медицинского характера и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью ЛПУ.

7.2.2. Предоставления документов и сведений финансового характера, документов и сведений о наличии кредита, займа и иных финансовых обязательств у Страхователя (Застрахованного) и/или у членов его семьи, документов и сведений о наличии у Застрахованного движимого или недвижимого имущества документов и сведений о профессиональной деятельности:

– Свидетельства о государственной регистрации движимого или недвижимого имущества;

– Договоры купли-продажи объектов движимого или недвижимого имущества;

– Паспорт транспортного средства;

– Справки по форме государственных учреждений, содержащие сведения о доходах Страхователя (Застрахованного);

– Справка о доходах по форме банка, банковская выписка/справка о суммарных ежемесячных оборотах по расчётным и текущим счетам с отображением остатка средств на счёте;

– Налоговая декларация с подтверждением приёма или отправки в налоговый орган (декларация по налогу на доходы

физических лиц, по налогу, уплачиваемому в связи с применением упрощённой системы налогообложения и т.д.);

– Книга учёта доходов и расходов и/или кассовые книги;

– Справка о сумме полученных дивидендов и протокол собрания акционеров (учредителей) о выплате дивидендов;

– Справка с места/мест работы Застрахованного, подтверждающая факт работы Застрахованного в данной организации, с указанием занимаемой должности, стажа работы и размера оклада;

– Справка с места/мест работы Застрахованного о нахождении сотрудника в декретном отпуске/отпуске по уходу за ребенком;

– Копия трудовой книжки, заверенная работодателем или выписки из трудовой книжки, заверенная работодателем, копия пенсионного удостоверения;

– Копия трудового договора/контракта/ договора-подряда, копия авторского договора.

– Копия лицензии, если профессиональная деятельность Застрахованного требует специальных лицензий;

– Копия свидетельства о государственной регистрации физического лица, как индивидуального предпринимателя;

– Устав предприятия, Учредителем (акционером) которого является Застрахованный;

– Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц;

– Копия выписки из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП); Копия уведомления о постановке на учет физического лица в налоговом органе;

– Договоры/контракты с контрагентами по бизнесу;

– Договор банковского депозита и/или справка банка о сумме депозита, либо другой документ банка, подтверждающий внесение депозита, и/или (если проценты выплачиваются периодически в течение срока действия депозитного договора) банковская выписка о полученных процентах по депозиту;

– Бухгалтерский баланс организации с отметкой налогового органа о принятии данного документа и отчёт о прибылях и убытках компании с отметкой налогового органа о принятии данного документа;

– Штатное расписание организации;

– Договор найма/аренды движимого и недвижимого имущества, платёжные документы, подтверждающие уплату налогов и сборов по договорам аренды/найма;

– Лицензия на занятие отдельными видами деятельности, если она подлежит лицензированию в соответствии с действующим законодательством РФ;

– Письмо из коллегии адвокатов/ адвокатского бюро/ юридической консультации; справка из адвокатского кабинета;

– Справка/выписка из личного дела о прохождении военной службы/ работы в правоохранительных органах (если подразделение Застрахованного по месту службы не является секретным);

– Приказ территориального органа Минюста РФ о назначении на должность нотариуса;

– Справка о размере ежемесячного пожизненного содержания судей/ ежемесячной надбавки судей из управления Судебного департамента субъекта РФ и/или другого государственного органа, выплачивающего ежемесячное пожизненное содержание, по используемым ими формами;

– Кредитные договоры, договоры об открытии возобновляемой или невозобновляемой кредитной линии, договоры поручительства, залога, займа, ипотеки и иные договоры, обуславливающие взаимоотношения Застрахованного с банком или иной другой кредитной организацией; решение кредитного комитета о выдаче кредита, справки из банка о задолженности/погашении задолженности по кредитному договору, а также платёжной дисциплине Застрахованного;

– Копия Приказа о командировании сотрудника, заверенная работодателем, если профессиональная деятельность Застрахованного требует длительного пребывания за границей; копия ваучера на гостиницу;

– Выписка банка об остатке денежных средств на счете.

Все предоставляемые документы и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью выдавшего учреждения;

7.2.3. Предоставления документов и сведений о

персональных данных:

- Копия общегражданского паспорта;
- Копия свидетельства о рождении;
- Копия общегражданского заграничного паспорта, копия свидетельства о браке/разводе;
- Копия свидетельства об установлении отцовства;
- Копия Свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом;
- Справка из органов внутренних дел, подтверждающая отсутствие у Страхователя (Застрахованного) судимости;
- Копия ИНН.

7.2.4. Предоставления документов и сведений о занятиях спортом на любительской, профессиональной или разовой основе, а также документов и сведений об активном отдыхе:

- Справки из спортивного учреждения (клуба), подтверждающие занятие спортом (с указанием конкретного вида спорта), интенсивности спортивной нагрузки, с указанием количества соревнований в которых предполагается участие Застрахованного;
- Заявочный лист допуска команды на участие в соревнованиях;
- Копия лицензии спортивной организации, членом которой является Застрахованный;
- Копия лицензии Застрахованного, если вид спортивной деятельности Застрахованного требует специального лицензирования.

7.3. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, или вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления Страхового полиса, подписанного Страховщиком, а также иными способами, установленными законом. В случае если заключение Договора страхования происходит путем выдачи страхового полиса, согласие Страхователя на заключение Договора страхования на предложенных условиях подтверждается принятием им Страхового полиса и уплатой Страховой премии (ее первого взноса).

7.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования заключается на любой срок, но не менее 1 (Одного) календарного месяца.

7.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой уплаты Страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку).

7.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования или настоящими Правилами, то Стороны Договора страхования должны соблюдать следующие требования к направляемым друг к другу уведомлениям:

7.6.1. все уведомления и направление писем по настоящим Правилам и Договору страхования (в том числе о событии, имеющем признаки страхового случая) должны быть сделаны посредством почтового отправления на адреса Сторон, указанные в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Сторонами, либо иным способом, согласованным Сторонами в Договоре страхования;

7.6.2. адреса отправления по почте должны быть указаны в Договоре страхования (полисе), а если Страхователь или Страховщик изменяют свой адрес, они должны направить соответствующее письменное уведомление другой стороне по Договору в течение 15 календарных дней, если Договором страхования не установлено иное. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страхователя, Страховщика или Выгодоприобретателя стороны обязуются незамедлительно известить друг друга. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу или реквизитам, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

7.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования (условиями страхования), страхование категорий лиц, указанных в настоящем пункте, осуществляется при условии предоставления Страхователем (Застрахованным) до заключения Договора страхования документов и сведений о состоянии здоровья Застрахованного (в том числе может потребоваться заполнение разработанных Страховщиком форм анкет; прохождение Застрахованным медицинского освидетельствования либо предоставление медицинских документов от медицинских учреждений, где проходил лечение или наблюдался Застрахованный) для оценки фактического состояния его здоровья, а также документы

и сведения о военной службе, о нахождении под следствием или в местах лишения свободы. Все предоставляемые документы и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью соответствующего учреждения.

Категории лиц:

- Инвалиды;
- Больные онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом, ВИЧ-инфицированные;
- Лица, употребляющие наркотики с целью лечения или по иной причине; лица, употребляющие токсичные вещества целью токсического опьянения; лица, страдающие алкоголизмом;
- Лица со стойкими нервными или психическими расстройствами (включая эпилепсию), состоящие на учете по этому поводу;
- Лица, состоящие на службе в армии, лица, принимающие участие в военных действиях и подавлении беспорядков;
- Лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;
- Лица, страдающие или которые страдали ранее одним из заболеваний, указанных при заключении Договора в «Списке болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам), «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), «Условиях медицинской программы» (Приложения № 4 – 6 к настоящим Правилам) в случае, если Договором страхования предусмотрено, что страхование осуществляется на основании таких списков (перечней, условий);
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма и т.д.);
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями дыхательной системы (ХОБЛ, бронхиальная астма, туберкулез и т.п.);
- Лица, страдающие хронической почечной недостаточностью любой стадии;
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями печени (хронические гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии и т.д.) и ЖКТ в терминальной стадии;
- Лица, страдающие заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- Лица, страдающие аутоиммунными заболеваниями;
- Лица в возрасте до 18 лет и старше 60 лет на момент заключения Договора;
- Лица, не подписавшие декларацию Застрахованного, заявление Застрахованного или иной документ, содержащий сведения о состоянии здоровья и образе жизни Застрахованного или иным способом не подтвердившие свое согласие быть застрахованными (например, посредством записи устного согласия по телефону) на условиях Договора страхования.

Если будет установлено, что Страховщик не был письменно уведомлен до заключения Договора страхования о принятии на страхование лиц вышеперечисленных категорий, Договор страхования в отношении таких лиц может быть признан недействительным по иску Страховщика.

8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. По соглашению сторон, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования, в Договор страхования могут быть внесены изменения, касающиеся Страховой суммы, периодичности уплаты Страховой премии (страховых взносов), срока действия Договора страхования, а также иные изменения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. В случае внесения изменений Страховщик вправе требовать уплаты дополнительной Страховой премии (страхового взноса) в соответствии с установленными тарифами. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования, заявление от Страхователя о внесении изменений должно быть направлено Страховщику не позднее, чем за 30 (Тридцать) календарных дней до даты внесения предполагаемых изменений.

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

8.2.1. Просрочка уплаты Страхователем очередного страхового взноса;

8.2.2. Исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме. Договор страхования прекращается при этом на дату исполнения;

8.2.3. Отказ Страхователя от Договора страхования. Договор прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее даты предоставления такого заявления Страховщику;

8.2.4. Ликвидация Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Договор страхования прекращается с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц;

8.2.5. Признание Договора страхования недействительным по решению суда. Договор страхования прекращается с даты, указанной в решении суда;

8.2.6. По соглашению сторон. Договор страхования прекращается с даты, указанной в таком соглашении;

8.2.7. Смерть Застрахованного в течение Срока страхования, не являющаяся Страховым случаем. Договор страхования прекращается с даты смерти Застрахованного (в случае включения в Договор страхования рисков, указанных в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил);

8.2.8. Смерть Страхователя – физического лица или ликвидация Страхователя – юридического лица, если только обязанность Страхователя по уплате Страховой премии (страховых взносов) не была исполнена в полном объеме и / или иное лицо не приняло на себя права и обязанности по Договору страхования. Договор страхования прекращается с даты смерти Страхователя – физического лица либо с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц в отношении Страхователя – юридического лица;

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

8.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю – физическому лицу в полном объеме, при условии отсутствия в период с даты заключения Договора страхования до даты отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования.

При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи настоящего Заявления) либо с 00 часов 00 минут даты подачи Заявления (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи настоящего Заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, прекращение Договора страхования и возврат страховой премии осуществляется на основании полученного Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования, при этом дополнительное соглашение о прекращении Договора страхования не оформляется.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 (Десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке по реквизитам, предоставленным Страхователем – физическим лицом.

Если в заявлении об отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования, не указаны все необходимые данные для возврата страховой премии, срок возврата Страховщиком страховой премии исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых сведений.

8.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования или законом, в иных случаях, не предусмотренных п. 8.3 настоящих Правил, при расторжении Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. С целью заключения Договора страхования требовать у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информацию и документы, позволяющие произвести оценку

вероятности наступления Страхового случая;

9.1.2. При заключении Договора страхования направить Застрахованного на медицинское обследование за свой счет, а также возмещать произведенные Страхователем (Застрахованным) расходы по предстраховому медицинскому обследованию;

9.1.3. Проверять информацию, предоставленную Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем при заключении Договора страхования, а также выполнение указанными лицами условий Договора страхования и настоящих Правил;

9.1.4. Отказать в заключении Договора страхования в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами;

9.1.5. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения Страховой премии (страховых взносов) или снижения Страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение Страхового риска;

9.1.6. Взимать дополнительную Страховую премию (страховые взносы) при изменении условий Договора страхования;

9.1.7. Запрашивать дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления Страхового случая, у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

9.1.8. Направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления Страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику считать произошедшее событие не подпадающим под признаки Страхового случая, отказать в Страховой выплате, отсрочить Страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

9.1.9. Самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками Страхового случая;

9.1.10. Требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о Страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;

9.1.11. Отказать в Страховой выплате в случае, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении Страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести Страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и условиями Договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении Страховой выплаты;

9.1.12. Отсрочить / приостановить Страховую выплату в том случае, если:

– Правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту Страхового случая/в связи со Страховым случаем, в том числе с обстоятельствами наступления Страхового случая, против Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя - до окончания уголовного расследования;

– Начато судебное разбирательство в отношении Страхового случая – до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии факта его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию;

– По инициативе Страхователя или Страховщика производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления Страхового случая и размера ущерба. При этом срок Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения увеличивается на период времени, в течение которого проводилась экспертиза;

– Лицом, обратившимся за страховой выплатой, не были представлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке.

9.1.13. Заключать договоры на оказание Медицинских и/или Медико-сервисных услуг с Медицинскими и/или Сервисными организациями.

9.2. Страхователь имеет право:

9.2.1. Получать информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

9.2.2. Получить дубликат страхового Полиса или копию Договора страхования в случае его утраты;

9.2.3. Отказаться от Договора страхования в любой момент;

9.2.4. Требовать осуществления Страховой выплаты при наступлении Страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;

9.2.5. Требовать предоставления Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в Медицинских и/или Сервисных организациях в соответствии с условиями страхования.

В случае непредоставления таких услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные ими лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.2.6. С письменного согласия Страховщика передать права и обязанности по Договору страхования третьим лицам;

9.2.7. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (страховому брокеру).

9.3. Страховщик обязан:

9.3.1. Выполнять условия, предусмотренные Договором страхования и настоящими Правилами;

9.3.2. После получения всех документов, необходимых для признания / непризнания случая страховым, составить страховой акт, либо известить Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного) в письменной форме об отказе в Страховой выплате (отсутствии оснований для Страховой выплаты) с обоснованием причин;

9.3.3. По случаям, признанным Страховщиком страховыми, осуществить Страховую выплату после утверждения страхового акта в течение 5 (Пяти) рабочих дней, если Договором страхования не предусмотрен иной срок или организовать оказание Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования и приложениями к нему;

9.3.4. Не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;

9.3.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с Медицинскими и/или Сервисными организациями в рамках Договора страхования.

9.3.6. Уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, в случае непредоставления им банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, о факте приостановки страховой выплаты и запросить у него недостающие сведения.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в заявлении на страхование или дополнительных документах. По запросу Страховщика Страхователь обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование / предложено заключить договор страхования с применением повышающих коэффициентов к страховому тарифу;

9.4.2. Уплачивать Страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в Договоре страхования;

9.4.3. Незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение Страхового риска, при этом значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и настоящих Правилах;

9.4.4. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении Страхового случая. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события может быть исполнена Застрахованным или Выгодоприобретателем или, при отсутствии такового, наследниками Застрахованного;

9.4.5. При обращении за Страховой выплатой, в случаях, когда Страхователь является Выгодоприобретателем, предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя при обращении их за Страховой выплатой;

9.4.6. Предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками Страхового случая;

9.4.7. Возвратить Страховщику полученную Страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя права на Страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя, в зависимости от того, кто именно получил такую Страховую выплату;

9.4.8. В случае если Страховщик сочтет необходимым назначить своего адвоката или иное уполномоченное лицо для защиты интересов, как Страховщика, так и Страхователя в связи с предполагаемым Страховым случаем - выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком;

9.4.9. При наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Страхователь обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

9.5. Застрахованный вправе:

9.5.1. С согласия Страховщика принять на себя обязанности Страхователя по Договору страхования в случае смерти Страхователя – физического лица или ликвидации Страхователя – юридического лица, в том числе обязанность по уплате Страховой премии (страховых взносов);

9.5.2. Требовать предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в соответствии с условиями страхования;

9.5.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям Медицинского и/или Медико-сервисного обеспечения, для получения медицинской помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. Незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение Страхового риска, при этом значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и настоящих Правилах как факторы существенного увеличения степени Страхового риска;

9.6.2. В случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты, когда ему стало об этом известно;

9.6.3. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением; соблюдать указания Сервисной организации, полученные в ходе оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг;

9.6.4. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими Медицинских и/или Медико-сервисных услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу Договор страхования с целью получения им Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Страховщик вправе не производить Страховую выплату по факту обращения другого лица в Медицинскую и/или Сервисную организацию.

9.6.5. С письменного согласия Страховщика передать

права и обязанности по Договору страхования третьим лицам;

9.6.6. Выполнять другие обязанности, возложенные на него Договором страхования и настоящими Правилами.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

10.1. При наступлении Страхового случая Страховщик обязан произвести Страховую выплату / выплатить страховое возмещение.

10.1.1. По страхованию от Несчастных случаев и Болезней Страховщик производит выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю или наследнику Застрахованного) в соответствии с условиями Договора страхования, независимо от причитающихся ему сумм по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц. Обязательство по Страховой выплате вытекает из Договора страхования и не относится к обязательствам по возмещению вреда жизни и здоровью гражданина.

10.1.2. По добровольному медицинскому страхованию Страховщик, в пределах Страховой суммы, осуществляет:

– Оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Медицинским и/или Сервисным организациям, в соответствии с условиями страхования;

– Возмещение расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему (в случае, если такое возмещение прямо предусмотрено Договором страхования).

При этом Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, которая превышает установленную Договором страхования Страховую сумму. В случае если Страховщик произвел Страховую выплату, превышающую установленную Договором страхования Страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя и выставляет ему счет на оплату такого превышения. Страхователь обязан оплатить выставленный счет в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента его получения. В случае просрочки в оплате счета Страхователь обязан уплатить Страховщику штрафную неустойку в размере, указанном в Договоре страхования, за каждый день просрочки от суммы, следующей к оплате, на основании предъявленной письменной претензии. При отсутствии такой письменной претензии требование об уплате штрафа считается не предъявленным и оплате не подлежит.

10.2. По страхованию от Несчастных случаев и Болезней:

10.2.1. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о Страховой выплате / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат, Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней принимает решение об осуществлении Страховой выплаты / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения.

10.2.2. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой акт и утверждает его в течение 10 (Десяти) рабочих дней после принятия решения о Страховой выплате / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового акта, если Договором страхования не установлен иной порядок выплаты.

10.2.3. В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения в письменной форме направляет Страхователю и Выгодоприобретателю уведомление о непризнании случая страховым или об отказе в страховой выплате с мотивированным отказом в страховой выплате. Уведомление направляется Страхователю, Выгодоприобретателю способом, позволяющим зафиксировать факт данного обращения (почтовым отправлением, электронным письмом на адрес электронной почты

Страхователя, Выгодоприобретателя, указанный в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Страхователем, Выгодоприобретателем).

10.2.4. Страховая выплата / выплата страхового возмещения производится наличными деньгами через кассу Страховщика либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или Выгодоприобретателя. Днем выплаты считается дата списания средств с расчетного счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными из кассы. Перевод выплаты по почте или телеграфу осуществляется за счет средств получателя выплаты, если в Договоре страхования не указано иное. Выплата на банковский счет получателя выплаты осуществляется за счет средств Страховщика, если в Договоре страхования не указано иное.

10.3. По добровольному медицинскому страхованию:

10.3.1. Для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованный обращается в Медицинские и/или Сервисные организации и/или к Страховщику в порядке, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

10.3.2. Оплата Медицинских и/или Медико-сервисных услуг осуществляется в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской и/или Сервисной организацией. Также порядок и условия осуществления страховых выплат могут быть указаны в Договоре страхования и/или приложениях к нему, в случае если это необходимо для доведения до Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информации об условиях страхования.

10.3.3. Для получения Страховой выплаты в форме возмещения расходов (если такая возможность прямо предусмотрена Договором страхования), понесенных для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику и предоставляет необходимые документы в соответствии с перечнем документов, указанным в настоящих Правилах.

10.3.4. В течение 45 (Сорока пяти) рабочих дней Страховщик на основании предъявленных документов дает заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

10.3.5. В случае оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Медицинским и/или Сервисным организациям, Страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и соответствующей организацией.

10.3.6. В случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования и/или приложениями к нему, но не позднее 45 (Сорока пяти) рабочих дней с момента выдачи Страховщиком заключения о целесообразности получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

10.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то для получения Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения по факту наступления Страхового случая Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

10.4.1. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем (наследниками Застрахованного) заявление на Страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, представителя Выгодоприобретателя / наследников Застрахованного);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный

действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Копия свидетельства о смерти, выданного органом ЗАГС. В случае смерти, наступившей за пределами РФ, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства того государства, которое выдало документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этого государства о смерти, или иным образом легализовать указанные документы;

– Копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (окончательное медицинское свидетельство о смерти, окончательное заключение судебно-медицинской экспертизы, и т.п.);

– Если по факту смерти производилось расследование – копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.);

– Посмертный эпикриз (в случае смерти в больнице);

– Выписка из амбулаторной карты (в случае смерти на дому);

– Выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения по поводу травмы и/или заболевания, приведшие в дальнейшем к смерти). Выписки из истории болезни/амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача/заведующего клиникой, штампом и печатью медицинского учреждения;

– Свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного).

10.4.2. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.1 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату Страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Справка о смерти;

– Копия протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

– Приговор суда, вступивший в законную силу, если было возбуждено уголовное дело;

– Акт судебно-медицинского исследования трупа;

– Акт судебно-химического исследования;

– Акт судебно-гистологического исследования;

– Справка о наличии или отсутствии алкоголя в крови;

– Заключение судебно-психиатрической экспертизы;

– Акт судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью (тяжести полученных повреждений);

– Акт о профессиональном заболевании установленной формы;

– Заключение профпатолога о наличии профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

– Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.3. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения по поводу травмы и/или заболевания, приведшие в дальнейшем к установлению инвалидности) или из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения). Если инвалидность была установлена в результате Несчастного случая, в этих документах должна быть указана дата несчастного случая и дата первого обращения к врачу;

– Копия направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у-06), выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, и обратного талона к нему;

– Копия справки бюро МСЭ об установлении соответствующей группы инвалидности;

– При установлении группы инвалидности в результате Несчастного случая – копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.).

10.4.4. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.3 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Выписка из карты амбулаторного больного/карты травматика с указанием даты, обстоятельств получения травмы/ анамнеза заболевания, полного окончательного диагноза, сроков лечения, результатов исследований, проведенного лечения;

– Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой ФГУ МСЭ;

– Копия программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;

– Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

– Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;

– Копия журнала записи рентгенологических исследований;

– Процедура карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

– Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.5. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.7, 3.1.9 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Выписка из истории болезни с указанием даты и обстоятельств заявленного случая (травмы и т.п.), полный диагноз, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий;

– Выписка из амбулаторной карты с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения (в случае амбулаторного лечения);

– Справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения, если наступление страхового случая связано с наступлением несчастного случая;

– Копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела и т.п.), если наступление Страхового случая связано с наступлением Несчастного случая.

10.4.6. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.5 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Копия программы реабилитации пострадавшего в результате Несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;

– Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

– Копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного, если наступление страхового случая связано с наступлением временной нетрудоспособности.

– Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;

– Копия журнала записи рентгенологических исследований;

– Процедура карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

– Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.7. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.8 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Выписка из истории болезни с указанием даты и обстоятельств заявленного случая (травмы и т.п.), полный диагноз, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий;

– Выписка из амбулаторной карты с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения (в случае амбулаторного лечения);

– Справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов

диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения, если наступление страхового случая связано с наступлением несчастного случая;

– Копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.), если наступление Страхового случая связано с наступлением Несчастного случая.

10.4.8. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.7 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Копия программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;

– Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

– Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;

– Копия журнала записи рентгенологических исследований;

– Процедурная карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

– Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.9. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.10 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве,

заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Документы медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным операции или диагностирование заболевания, приведшее к событию, обладающему признаками Страхового случая. В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике лечения или диагностирования соответствующего заболевания лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.10. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.11 настоящих Правил, предоставляются (список документов может быть сокращен Страховщиком в одностороннем порядке):

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

– Документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

– Документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему;

– Копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

В Медицинских программах, в дополнение к документам, указанным в п. 10.4.10 настоящих Правил, могут быть указаны дополнительные документы, обязательные для предоставления Застрахованным (Выгодоприобретателем, Страхователем) Страховщику;

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.5. 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.

10.6. В случае если полученных Страховщиком документов недостаточно для принятия решения о страховой выплате, либо осуществления страховой выплаты, Страховщик уведомляет об этом Страхователя согласованным Сторонами способом, позволяющим зафиксировать факт направления уведомления, не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней, после получения документов.

10.7. Документы предоставляются Страховщику по адресу, указанному в Договоре страхования (Полисе-оферте), если иной адрес приема документов при наступлении страхового случая не указан на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% Страховой суммы, установленной по данным рискам.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, если после осуществления Застрахованному единовременной страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.4-3.1.6 настоящих Правил,

будет установлена другая группа инвалидности, то страховая выплата по факту установления новой группы инвалидности производится в размере, установленном Договором, но за вычетом суммы, выплаченной (причитающейся) по факту установления предыдущей группы (предыдущих групп) инвалидности.

Страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены, если Страховщику заявлено об изменении группы инвалидности в течение срока страхования или иного срока (если это предусмотрено Договором страхования) после наступления страхового случая и предоставлены соответствующие документы.

11.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.9 настоящих Правил, страховая выплата осуществляется за каждый календарный день временной нетрудоспособности в размере 0,1% от страховой суммы, установленной по данному риску. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то страховая выплата производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период нетрудоспособности до или после окончания срока страхования.

11.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, выплата осуществляется за каждый календарный день госпитализации в размере 0,1% от страховой суммы, установленной по данному риску. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то страховая выплата производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования.

11.4. В Договоре страхования при его заключении, по соглашению Сторон может быть предусмотрено определенное количество дней временной нетрудоспособности и/или госпитализации, наступившей в течение срока действия Договора страхования, за которое Страховщик осуществляет страховые выплаты.

11.5. В Договоре страхования при его заключении, по соглашению сторон может быть предусмотрено определенное количество дней временной нетрудоспособности и/или госпитализации, наступившей в течение срока действия Договора страхования, за которое Страховщик не осуществляет страховые выплаты.

11.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.10 настоящих Правил, страховая выплата осуществляется в размере 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному риску, с учетом выплат по другим рискам (в случае, когда Договором страхования установлена единая (агрегированная) страховая сумма по нескольким страховым рискам).

11.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.7 настоящих Правил, страховая выплата осуществляется в процентах от страховой суммы, установленной Договором страхования, согласно одной из «Таблиц страховых выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам).

Использование одной из «Таблиц страховых выплат» предусматривается Договором страхования. Если в Договоре страхования отсутствует указание на конкретную «Таблицу страховых выплат», то применению подлежит «Таблица страховых выплат 1В» (Приложение № 2.3 к настоящим Правилам).

Если после страховой выплаты, согласно «Таблице страховых выплат» застрахованному положены выплаты в большем объеме, чем было выплачено первоначально, страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены при условии, что Страховщику предоставлены соответствующие документы.

11.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.11 настоящих Правил, страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы, установленной по данному риску, путем организации оказания и оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

11.9. В случае если Договором страхования установлены отдельные страховые суммы по каждому риску, сумма страховых выплат по отдельному риску не может превышать размер страховой суммы по этому риску.

11.10. В случае если Договором страхования установлена агрегированная (единая) страховая сумма по нескольким страховым рискам, то общая сумма страховых выплат по Договору страхования не может превышать размер указанной страховой суммы.

Договором страхования может быть установлено, что после осуществления страховой выплаты, размер агрегированной (единой) страховой суммы, установленный Договором страхования, уменьшается на величину произведенной выплаты.

11.11. В случае если Договором страхования установлена агрегированная (единая) страховая сумма по нескольким страховым рискам, то Договором может быть предусмотрено условие, что в случае, если страховые события по рискам из пп. 3.1.1-3.1.10 настоящих Правил явились следствием одного и того же события, Страховщик производит выплату только по риску, предусматривающему больший размер выплаты, за вычетом ранее произведенных выплат по событиям, явившимся следствием того же несчастного случая / болезни или естественных причин.

12. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях). Значительными, во всяком случае, являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении Договора страхования в его заявлении о страховании и в Договоре страхования. Если такое извещение не будет направлено Страховщику в течение 5 (Пяти) рабочих дней после того, как Страхователю стали или должны были стать известными такие обстоятельства, Страховщик имеет право отказать от выплаты страхового возмещения / страховой выплаты в той мере, в которой наступление страхового случая было вызвано обстоятельствами, повышающими степень риска, а также расторгнуть Договор страхования со дня направления Страхователю письменного извещения о расторжении.

12.2. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе 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 порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

12.3. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования согласно Гражданскому Кодексу Российской Федерации. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

13.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.3. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены в течение установленного срока исковой давности.