

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом от «12» апреля 2023 № 13
(введены в действие 13.04.2023)

Генеральный директор
ООО «МСК «АйАйСи»

Д.Ю. Бирюков



П Р А В И Л А

страхования от несчастных случаев

Москва, 2023

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с Законодательством Российской Федерации (далее по тексту – РФ), на условиях настоящих Правил страхования от несчастных случаев (в дальнейшем – Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью "Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи») (в дальнейшем СТРАХОВЩИК) заключает договоры страхования от несчастных случаев с юридическими и физическими лицами (в дальнейшем СТРАХОВАТЕЛИ).

1.2. Настоящие Правила страхования регулируют основные условия, порядок заключения и исполнения договора страхования. По соглашению Сторон договора страхования - СТРАХОВЩИК и СТРАХОВАТЕЛЬ (далее по тексту Стороны) в договор страхования могут быть включены иные условия, чем в тексте настоящих Правил страхования, не противоречащие действующему законодательству РФ.

1.3. При заключении договора страхования в рамках настоящих Правил страхования Стороны могут договориться об изменении или неприменении отдельных положений, которые изложены в тексте настоящих Правил страхования, а также о дополнении договора страхования, при условии, что отступление от настоящих Правил страхования не противоречит действующему законодательству РФ и не расширяют объем обязательств СТРАХОВЩИКА.

1.4. Договор страхования может заключаться одним из двух способов, указанных ниже, а именно путем:

1.4.1. составления одного документа - договора страхования, подписываемого от имени Сторон уполномоченными лицами (п.2 ст.434 ГК РФ);

1.4.2. вручения СТРАХОВАТЕЛЮ страхового полиса, подписанного от имени СТРАХОВЩИКА.

1.5. Договор (полис) страхования заключается:

- в виде электронного документа через официальный сайт СТРАХОВЩИКА, либо средствами прямого электронного взаимодействия со Страхователем;
- при непосредственном обращении к СТРАХОВЩИКУ (его представителю), путем составления одного подписанного Сторонами документа либо вручения СТРАХОВЩИКОМ СТРАХОВАТЕЛЮ страхового полиса, подписанного СТРАХОВЩИКОМ.

1.6. СТРАХОВЩИК вправе на основании настоящих Правил страхования формировать условия страхования, страховые программы к отдельному договору (полису) страхования или отдельной группе договоров (полисов) страхования, заключаемые на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного СТРАХОВАТЕЛЯ или сегмент СТРАХОВАТЕЛЕЙ (ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам страхования.

1.7. В случае, если договором (полисом) страхования прямо не предусмотрено иное, СТРАХОВЩИК и СТРАХОВАТЕЛЬ договариваются о следующем:

1.7.1. Передача СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) СТРАХОВЩИКУ информации о наступлении события, имеющего признак страхового случая, об изменении степени риска производится следующими способами:

- путем направления письменного уведомления в свободной форме почтой на официальный адрес местонахождения СТРАХОВЩИКА или на адрес, указанный СТРАХОВЩИКОМ в договоре (полисе) страхования или на сайте СТРАХОВЩИКА как адрес для отправки корреспонденции;
- путем передачи сообщения посредством телефонной связи по телефонному(ым) номеру(ам), указанному(ым) в договоре (полисе) страхования либо на сайте СТРАХОВЩИКА;

– по электронной почте, в случае указания адреса электронной почты СТРАХОВЩИКА в договоре (полисе) страхования либо на сайте СТРАХОВЩИКА;

– путем оформления электронного сообщения / уведомления, в том числе в Личном кабинете, с использованием мобильного приложения, на сайте СТРАХОВЩИКА или в специальном поле соответствующего раздела на сайте СТРАХОВЩИКА;

– путем направления электронного сообщения / уведомления в официальной группе / на официальных страницах СТРАХОВЩИКА, расположенных на социальных ресурсах в сети «Интернет», но исключительно в тех группах / на тех страницах, ссылки на которые размещены на сайте СТРАХОВЩИКА.

1.7.2. Передача СТРАХОВАТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКУ заявления о расторжении (об отказе от) договора (полиса) страхования производится следующими способами:

– в письменной форме почтой на официальный адрес местонахождения СТРАХОВЩИКА или на адрес, указанный СТРАХОВЩИКОМ в договоре (полисе) страхования или на сайте СТРАХОВЩИКА как адрес для отправки корреспонденции;

– по электронной почте, в случае указания адреса электронной почты СТРАХОВЩИКА в договоре (полисе) страхования либо на сайте СТРАХОВЩИКА, на сайте СТРАХОВЩИКА в форме электронного сообщения, подписанного простой электронной подписью СТРАХОВАТЕЛЯ, или в форме сканированной копии или фотографии соответствующего письменного заявления. При этом подпись СТРАХОВАТЕЛЯ на сканированной копии или фотографии заявления признается СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ аналогом собственноручной подписи СТРАХОВАТЕЛЯ.

1.7.3. Передача СТРАХОВАТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКУ информации в электронной форме, подписанной простой электронной подписью СТРАХОВАТЕЛЯ — физического лица в соответствии с требованиями ФЗ от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

1.7.4. Передача СТРАХОВЩИКОМ СТРАХОВАТЕЛЮ информации (включая, но не ограничиваясь — уведомления о досрочном расторжении (об отказе от) договора (полиса) страхования, решения о страховой выплате, уведомления об увеличении сроков рассмотрения заявленного события) может производиться:

– в письменной форме, в том числе почтой на адрес, указанный СТРАХОВАТЕЛЕМ в договоре (полисе) страхования;

– путем направления на электронную почту СТРАХОВАТЕЛЯ, указанную в договоре (полисе) страхования, либо путем размещения в Личном кабинете СТРАХОВАТЕЛЯ на сайте СТРАХОВЩИКА, электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью СТРАХОВЩИКА. В случае размещения такого документа в Личном кабинете СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИК информирует об этом СТРАХОВАТЕЛЯ в тот же день посредством направления сообщения на электронную почту СТРАХОВАТЕЛЯ, указанную в договоре (полисе) страхования и/или по телефонному(ым) номеру(ам) СТРАХОВАТЕЛЯ, указанному(ым) в договоре (полисе) страхования.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ. ТЕРМИНЫ. ПОНЯТИЯ

2.1. В тексте настоящих Правил страхования:

2.1.1. АВТОРИЗАЦИЯ — установление (идентификация) СТРАХОВАТЕЛЯ и удостоверение правомочности его обращения к СТРАХОВЩИКУ или в Личный кабинет для совершения операций в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования.

2.1.2. САЙТ СТРАХОВЩИКА – содержимое интернет-страниц, расположенных в сети «Интернет» по адресу: <https://www.ii-company.ru>.

2.1.3. МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ – программное обеспечение СТРАХОВЩИКА, предназначенное для работы на смартфонах, планшетах и других мобильных устройствах и обеспечивающее информационно-технологическое взаимодействие СТРАХОВАТЕЛЯ и СТРАХОВЩИКА.

2.1.4. ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ — персональный раздел СТРАХОВАТЕЛЯ (после его идентификации) на официальном сайте СТРАХОВЩИКА в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» или в мобильном приложении СТРАХОВЩИКА, сформированный СТРАХОВАТЕЛЕМ либо СТРАХОВЩИКОМ по поручению или с согласия СТРАХОВАТЕЛЯ, который может быть использован для создания и обмена информацией между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ в электронной форме для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения договора (полиса) страхования, заявления и урегулирования событий, имеющих признак страхового случая, а также в иных целях, не противоречащих настоящим Правилам страхования и действующему Законодательству РФ. Доступ СТРАХОВАТЕЛЯ к Личному кабинету осуществляется посредством авторизации.

2.1.5. ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВЫХ УСЛУГ - физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к СТРАХОВЩИКУ с намерением заключить договор (полис) страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также СТРАХОВАТЕЛЬ, ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО и/или ВЫГОДОПРИБОБРЕТАТЕЛЬ по заключенному договору (полису) страхования.

Взаимодействие с получателем страховых услуг осуществляется посредством телефонной, почтовой связи, а также по электронной почте, если это предусмотрено в соответствующих пунктах настоящих Правил страхования.

2.1.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ ФИНАНСОВЫХ УСЛУГ – физическое лицо, являющееся стороной договора (полиса) страхования, либо лицом, в пользу которого заключен договор (полис) страхования, либо лицом, которому оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

2.1.7. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ — специальные правила страхования, составленные на основе настоящих Правил страхования или выдержки из настоящих Правил страхования, применимые к конкретному типу (виду) договоров (полисов) страхования, сегменту потребителей страховых услуг, программе страхования, и т.п. и отражающие основные условия Правил страхования.

Такие условия страхования прилагаются к договору (полису) страхования и являются его неотъемлемой частью.

2.1.8. СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА (СТРАХОВОЙ ПРОДУКТ) - типовые условия страхования, разработанные СТРАХОВЩИКОМ на основании Правил страхования по одному или нескольким видам страхования, и предназначенные для заключения типовых договоров (полисов) страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора (полиса) страхования), с определенной категорией СТРАХОВАТЕЛЕЙ (ВЫГОДОПРИБОБРЕТАТЕЛЕЙ), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

СТРАХОВЩИК вправе присваивать таким страховым программам маркетинговые наименования.

2.1.9. ДОСТОВЕРНЫЕ СВЕДЕНИЯ – сведения, которые соответствуют действительности в определенный момент времени.

2.1.10. ЛИМИТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ – ограничение максимально возможной суммы выплаты

страхового возмещения, установленное по соглашению Сторон в пределах, не превышающих страховую сумму. Стороны вправе для обозначения лимита страхового возмещения использовать в договорах (полисах) страхования, заключаемых на условиях настоящих Правил страхования, также термин «лимит ответственности». В случае использования термина «лимит ответственности» в отношении него действуют все положения настоящих Правил страхования и заключенных на их условиях договоров (полисов) страхования, действующие в отношении лимитов страхового возмещения.

2.1.11. ОФЕРТА – документ, в соответствии с условиями которого СТРАХОВЩИК предлагает заключить СТРАХОВАТЕЛЮ договор (полис) страхования, и оформленный в соответствии с законодательством РФ.

2.1.12. КОЛЛЕКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ – заключение договора (полиса) страхования с организациями всех видов деятельности в пользу своих работников и/или других лиц за счет средств организации.

2.1.13. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ – заключение договора (полиса) страхования с отдельным дееспособным физическим лицом в свою пользу и в пользу третьих лиц.

2.1.14. НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ – одномоментное, внезапное воздействие различных внешних факторов (физических, химических, технических и т.д.), характер, время и место которых могут быть однозначно определены. Под несчастным случаем в целях настоящих Правил страхования понимается фактически произошедшее извне, возникшее внезапно, непредвиденно, помимо воли ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА событие, приведшее к утрате им трудоспособности, физической травме (увечью) или смерти, в том числе:

- стихийное явление природы;
- взрыв;
- ожог;
- обморожение;
- утопление;
- действие электрического тока;
- удар молнии;
- солнечный удар;
- нападение злоумышленников или животных;
- падение какого-либо предмета на / или самого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА;
- внезапное удушье;
- случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;
- случайное острое отравление вредными продуктами или веществами (ядовитыми растениями, химическими веществами, лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами);
- происшедшие при движении транспортных средств или при аварии с их участием, при пользовании машинами, механизмами, орудиями производства и всякого рода инструментами.

К несчастным случаям относится также резкое физическое перенапряжение конечностей или позвоночника, в результате чего происходит: вывих сустава; частичный или полный разрыв мускулов, сухожилий, связок или сосудов.

2.1.15. СМЕРТЬ - прекращение физиологических функций организма, способствующих процессу его жизнедеятельности.

2.1.16. ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ — нетрудоспособность, наступившая в период действия договора (полиса) страхования в результате несчастного случая, произошедшая в период действия договора (полиса) страхования, сопровождающаяся невозможностью исполнять трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения непрерывного лечения последствий несчастного случая или болезни.

В период нетрудоспособности в этом случае включается период, указанный в листах нетрудоспособности, выданных ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ по окончании лечения.

Для неработающих ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, в том числе детей в возрасте до 18 лет и пенсионеров, под временной утратой трудоспособности понимается временное острое расстройство здоровья в результате несчастного случая или болезни в течение определенного ограниченного, непрерывного периода времени.

При отсутствии листов нетрудоспособности период нетрудоспособности определяется в соответствии со сроками лечения, указанными в справке / выписке из амбулаторной карты лечебного учреждения, в котором ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО проходил лечение.

Под непрерывным периодом времени (непрерывное лечение) понимается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем его эффективности (при назначении на прием или посещения медицинским работником). Период восстановительного (реабилитационного) лечения, санаторно-курортное лечение не учитываются как непрерывное лечение.

Периодически проводимые профилактические мероприятия (например, вакцинация против столбняка, бешенства и т. п. если это не предусмотрено договором (полисом) страхования) лечением травм не являются. Время их проведения при определении срока непрерывного лечения не учитывается.

2.1.17. ИНВАЛИДНОСТЬ — постоянная утрата трудоспособности (стойкое ограничение жизнедеятельности) ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА вследствие нарушения здоровья в результате несчастного случая, произошедшее в период действия договора (полиса) страхования, повлекшее необходимость социальной защиты, выраженное в установлении органом медико-социальной экспертизы (МСЭ) инвалидности I, II, III группы.

2.1.18. ТЕЛЕСНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ (ТРАВМА) — внезапное нарушение физической целостности организма, наступившее в период действия договора (полиса) страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень телесных повреждений, последствия которых могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в договоре (полисе) страхования в соответствии с прилагаемыми к нему Таблицами страховых выплат при телесных повреждениях.

2.1.19. МАССОВЫЙ СПОРТ — способ проведения свободного времени 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. Точный перечень видов массового спорта, при занятии которыми на ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО распространяется действие страховой защиты, указывается в договоре (полисе) страхования.

2.1.20. 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, либо занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения). Точный перечень видов профессионального спорта, при занятии которыми на

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО распространяется действие страховой защиты, указывается в договоре (полисе) страхования.

2.1.21. СПОРТСМЕН — физическое лицо, занимающееся выбранным видом или видами спорта и выступающее на спортивных соревнованиях.

2.1.22. СПОРТИВНОЕ СОРЕВНОВАНИЕ — состязание среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания, проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

2.1.23. МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - имеющая соответствующие разрешения на оказание медицинских услуг в стране регистрации лечебно-профилактическая организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. В соответствии с настоящими Правилами страхования к Медицинским учреждениям относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства. СТРАХОВЩИК самостоятельно определяет медицинское учреждение и вправе заменить его без согласования со СТРАХОВАТЕЛЕМ.

2.1.24. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ — медицинская и лекарственная помощь и иные услуги, оказываемые медицинскими учреждениями ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ вследствие расстройства их здоровья или их состояния, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА угроз и/или устраняющих их.

К неправильным медицинским манипуляциям относятся - манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к причинению вреда здоровью ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА и/или его смерти.

2.1.25. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ — обращение ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в течение срока действия договора (полиса) страхования в медицинскую организацию в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных договором (полисом) страхования или согласованных со СТРАХОВЩИКОМ при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и/или иных услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной договором (полисом) страхования, и повлекших возникновение обязательств СТРАХОВЩИКА произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, а также возникновение непредвиденных расходов на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ лечащим врачом, доставку продуктов питания.

2.1.26. ФАКТОРЫ СУЩЕСТВЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА - смена профессиональной деятельности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, связанная 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 ЛИЦА, инфицирование ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ВИЧ или заболевание СПИДом, а также изменение иных

обстоятельств, оговоренных страховщиком (например, в письменном запросе, заявлении на страхование, договоре (полисе) страхования).

Также фактором существенного увеличения степени страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

2.1.27. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ — способность к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

2.1.28. УТРАТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ — невозможность осуществления ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ профессиональной деятельности, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта, вследствие устойчивого нарушения функций организма, носящего необратимый характер.

2.1.29. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ — выраженное в процентах стойкое снижение способности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА осуществлять профессиональную деятельность, вследствие несчастного случая, произошедшего при исполнении служебных обязанностей, или профессионального заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

2.1.30. ДАТА ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ТРАВМЫ – дата первичной официальной регистрации впервые выявленной травмы с заполнением должным образом соответствующих медицинских документов в соответствии с нормативными актами РФ.

2.1.31. ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД (ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ) — период времени, в течение которого наступившее событие, на случай наступления которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай. После окончания Выжидательного периода случай будет рассматриваться как страховой в соответствии с условиями договора (полиса) страхования.

3. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ – СТРАХОВЩИК, СТРАХОВАТЕЛЬ, ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ.

3.1.1. СТРАХОВЩИК – Общество с ограниченной ответственностью "Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи»), осуществляющее страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.1.2. СТРАХОВАТЕЛЬ - заключившее договор (полис) страхования со СТРАХОВЩИКОМ и уплатившее обусловленное этим договором (полисом) страхования плату юридическое лицо любой формы собственности или дееспособное физическое лицо, либо физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя.

В случае если договор (полис) страхования заключен СТРАХОВАТЕЛЕМ — физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.

СТРАХОВАТЕЛИ — юридические лица заключают договор (полис) страхования в отношении физических лиц (своих работников или иных лиц, согласованных со СТРАХОВЩИКОМ), указанных в договоре (полисе) страхования.

3.1.3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО - физическое лицо, названное в договоре (полисе) страхования как лицо в пользу которого заключен договор (полис) страхования.

При заключении договора (полиса) страхования между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ должно быть достигнуто соглашение о ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ:

- а) по настоящим Правилам страхования принимаются на страхование физические лица, возраст которых на дату заключения договора (полиса) страхования составляет (включительно) не менее 3 лет и не более 65 лет;
- б) не принимаются на страхование, по п. 4.3. в), г) настоящих Правил страхования, физические лица, являющиеся инвалидами I, II группы или имеющие категорию «ребенок-инвалид»;
- в) СТРАХОВЩИК вправе устанавливать требования к состоянию здоровья ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ: лица, имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ); нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность; находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и/или здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями); проходящие службу в вооруженных силах; находящиеся в местах лишения свободы; имеющие на дату заключения договора (полиса) страхования следующие заболевания и/или связанные с ними состояния: заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, — могут быть ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ только при условии письменного уведомления СТРАХОВЩИКА о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование;
- г) лицам, подверженным психическим расстройствам и/или состоящим на учете в психоневрологическом диспансере, употребляющим наркотики, токсические вещества, страдающим алкоголизмом СТРАХОВЩИК имеет право отказать в заключении договора (полиса) страхования.

3.1.4. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ – любое физическое или юридическое лицо, названное в договоре (полисе) страхования с письменного согласия ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в качестве получателя страховой выплаты по одному или нескольким страховым рискам.

Если ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ не будет назначен, то ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ признается ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, а в случае смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА — его наследник (наследники).

В случае если ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯМИ являются несколько лиц, должна быть указана абсолютная или относительная величина страховых выплат, приходящаяся на каждого ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в договоре (полисе) страхования, то при наступлении страховых случаев страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ.

3.2. Если договором (полисом) страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования

ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), в договоре (полисе) страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо, а также предусмотрена обязательная идентификация ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) при урегулировании убытка.

3.3. Если ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) является ребенок, обязанности по договору (полису) страхования, Правилам страхования выполняет его законный представитель.

3.4. Объектом страхования являются имущественные интересы ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, связанные с причинением вреда здоровью ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА вследствие несчастного случая, утратой трудоспособности или смертью ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА вследствие несчастного случая.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Под «СТРАХОВЫМ РИСКОМ» понимается предполагаемое вероятное и случайное событие, на случай наступления которого осуществляется страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Под «СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ» понимается совершившееся в период действия договора (полиса) страхования событие, из числа указанных в настоящих Правилах страхования, предусмотренное договором (полисом) страхования, с наступлением которого возникает обязанность СТРАХОВЩИКА осуществить страховую выплату ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ).

4.3. К страховым событиям (случаям), по которым СТРАХОВЩИК обеспечивает страховую защиту, относятся произошедшие несчастные случаи и повлекшие за собой:

- а) причинение ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ телесных повреждений, предусмотренных Таблицей страховых выплат при причинении ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ телесных повреждений (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования) (далее по тексту – Таблица страховых выплат);
- б) временную утрату ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности;
- в) постоянную утрату ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности с установлением I, II группы инвалидности, установление категории «ребенок-инвалид»;
- г) постоянную утрату ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности с установлением III группы инвалидности;
- д) смерть ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.

4.4. События, указанные в п. 4.3. настоящих Правил страхования признаются страховыми случаями, если несчастный случай, следствием которого они явились, произошел в срок страхования (в соответствии с п.8.4 настоящих Правил страхования).

4.5. Смерть ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в результате несчастного случая признается страховым случаем, если она наступила в течение года со дня несчастного случая, происшедшего в срок страхования (в соответствии с п.8.4 настоящих Правил страхования), и наступила непосредственно вследствие этого несчастного случая.

4.6. Постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности в результате несчастного случая признается страховым случаем, если она наступила в результате несчастного случая, происшедшего в срок страхования (в соответствии с п.8.4 настоящих Правил страхования).

4.7. Телесные повреждения, полученные ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ в результате несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они указаны в Таблице страховых выплат. При этом конкретный договор (полис) страхования может предусматривать, какие именно

разделы Таблицы страховых выплат применяются или не применяются к договору (полису) страхования.

4.8. Временная утрата ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности признается страховым случаем, если она подтверждается медицинским заключением из лечебного учреждения, листком нетрудоспособности (или иным аналогичным документом) и произошла в срок страхования.

4.9. Договор (полис) страхования может быть заключен как на случай наступления всех событий, предусмотренных настоящими Правилами страхования, так и их части. Конкретный перечень событий (страховых случаев), на случай наступления, которых заключается договор (полис) страхования устанавливается по соглашению сторон договором (полисом) страхования.

4.10. СТРАХОВЩИК освобождается от страховой выплаты в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также в случаях:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- в результате воздействия химического или бактериологического заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;
- гражданской войны, народных волнений (массовых беспорядков) всякого рода или забастовок и их последствий;
- чрезвычайных или особых положений, объявленных органами государственной власти в установленном законом порядке;
- умысла СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА), а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая.

4.11. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), анафилактический шок, а также инфекционные заболевания, пищевая токсикоинфекция (сальмонеллез, дизентерия и др.).

4.12. Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, по настоящим Правилам страхования не признаются страховыми случаями события, перечисленные в п.4.3 настоящих Правил страхования, произошедшие вследствие:

- а) самоубийства или попытки самоубийства ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в течение первых двух лет действия договора (полиса) страхования, а также травм и заболеваний, полученных в результате покушения на самоубийство, в течение действия договора (полиса) страхования, за исключением случаев, когда ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО было доведено до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;
- б) умышленного членовредительства ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, за исключением тех случаев, когда ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- в) нарушения здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, причиной которого явился доказанный в установленном законодательством РФ порядке факт совершения ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ противоправных действий;
- г) несчастных случаев или болезней, произошедших во время пребывания ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в местах лишения свободы, тюремного заключения или исполнения судебного акта (за исключением случаев, произошедших с сотрудниками пенитенциарных учреждений);
- д) совершения или попыткой совершения им действий, в которых имеются признаки умышленного

- преступления, подтвержденные постановлением, определением или приговором органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;
- е) несчастного случая или заболевания в период несения **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ** действительной службы в любых вооруженных силах любого государства либо непосредственного участия в военных учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, сотрудника правоохранительных органов, либо гражданского служащего, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;
- ж) алкогольного отравления **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**, в том числе хронической алкогольной интоксикации, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** в результате употребления им наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), за исключением случаев, когда **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО** было доведено до такого состояния в результате противоправных действий третьих лиц и если компетентными органами установлен факт ошибочного либо вынужденного употребления указанных веществ;
- з) заболеваний, вызванных употреблением алкоголя (например, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный панкреатит, алкогольный цирроз печени и т.д.), наркотических или токсических веществ;
- и) события, произошедшего с **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ**, находившемся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, когда доказана причинно-следственная связь между состоянием алкогольного, наркотического или токсического опьянения и наступившим событием;
- к) управления **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ** любым транспортным средством, аппаратом без права на такое управление и/или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также передачи управления лицу, заведомо для **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** не имевшему права управления или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; занятий опасными видами спорта и активного отдыха (авиаспорт (включая дельта – и парашютный спорт), автоспорт, альпинизм и скалолазание, бейсджампинг, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), прыжки на лыжах (с трамплина, с вертолета), горнолыжный спорт по неподготовленным трассам, ски-кросс, дайвинг в подводных пещерах, каякинг, прыжки с парашютом, паркур, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спидвей, виндсерфинг, фридайвинг, фристайл, катание на моторных лодках, катамаранах, плотках и маломерных судах; езда на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизированном транспортном средстве);
- л) ДТП / террористического акта / авиакатастрофы / кораблекрушения, произошедших до заключения договора (полиса) страхования;
- м) заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место до начала срока страхования, обусловленного договором (полисом) страхования (действия страховой защиты), о которых **СТРАХОВЩИК** не был поставлен в известность заранее, до даты заключения договора (полиса) страхования, за исключением случаев, когда данный фактор риска был указан в заявлении на страхование при заключении договора (полиса) страхования и указан в самом договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;
- н) заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место после окончания срока страхования, обусловленного договором (полисом) страхования (действия страховой защиты);
- о) участия **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** в любых авиационных перелетах или перемещениях на водных судах, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, за исключением перемещений его в качестве пассажира воздушного / водного судна, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого членами экипажа воздушного / водного судна, имеющими соответствующий сертификат;
- п) случаев, произошедших вследствие нервных или психических заболеваний, или расстройств (включая эпилепсию), а также несчастных случаев, произошедших с **ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ**, которые страдают, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
- р) лечения, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционные практики;
- с) несоблюдения **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ** рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима;
- т) отказа **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** от предложенного лечения, в результате приведшего к смерти, инвалидности **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** или затягиванию процесса выздоровления;
- у) заболевания **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** СПИДом или ВИЧ-инфекцией, а также заболеваний, прямо или косвенно связанных с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. При этом данное исключение не распространяется на случаи заражения **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей;
- ф) применения **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ** лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО** применяет по отношению к себе или поручает другому лицу без назначения врача;
- х) инфекционных заболеваний. Страховое покрытие действует, если заражение **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** произошло в результате повреждений при наступлении несчастного случая, предусмотренных Таблицей страховых выплат, включая такие заболевания как бешенство или столбняк;
- ц) нарушения **ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ** требований по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- ч) госпитализации или проведения хирургической операции **ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ** в связи с заболеванием / несчастным случаем, диагностированным / произошедшим до заключения договора (полиса) страхования, за исключением, если по соглашению сторон последствия / осложнения после хирургических операций не принимаются на страхование;
- ш) госпитализации или проведения хирургической операции **ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ** для проведения его медицинского обследования; проживания **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, помещение **ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** в дневной

стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения, если эти расходы не покрываются договором (полисом) страхования;

- щ) госпитализации или проведения хирургической операции ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ в связи с попыткой совершить самоубийство, независимо от срока действия договора (полиса) страхования на момент наступления страхового случая, за исключением, когда ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО было доведено до попытки самоубийства противоправными действиями третьих лиц;
- ы) медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим страховым случаем; пищевых токсикоинфекций, патологических переломов, привычных и/или повторных вывихов, подвывихов, врожденных заболеваний, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;
- э) использования транспортных средств категорий А, М с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см в качестве средства передвижения, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;
- ю) диагностирования у ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА критического заболевания и/или проведение хирургической операции, если в течение первых 30 календарных дней со дня установления диагноза и/или проведение хирургической операции наступает смерть ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.
Не признается страховым случаем диагностирование критического заболевания, причиной которого является предсуществующее состояние (заболевание), за исключением если заболевание или состояние (симптом), являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия договора (полиса) страхования, было зафиксировано в медицинской документации ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА более чем за 5 (пять) лет до заключения договора (полиса) страхования, и в течение 5 (пяти) лет до даты заключения договора (полиса) страхования не проявлялось (не проявлялись симптомы или не требовалось лечение) или было зафиксировано в медицинской документации ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА менее чем за 5 (пять) лет до заключения договора (полиса) страхования, при этом договоры (полисы) страхования в отношении ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА непрерывно действовали не менее 2 (двух) лет и страховых выплат по данному предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось, такое заболевание (состояние, симптом) не является предсуществующим состоянием (заболеванием), если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования;
- я) выполнения ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ служебных и/или профессиональных обязанностей повышенного риска, объективно связанных с высокой вероятностью наступления страхового события, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента;
- аа) занятия ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ массовым, профессиональным спортом, кроме случаев, специально указанных в договоре (полисе) страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента. Если в договоре (полисе) страхования предусмотрено занятие ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА массовым или профессиональным спортом, то не являются

страховыми случаями и не оплачиваются СТРАХОВЩИКОМ обращения, связанные с несоблюдением ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ техники безопасности, нарушением правил эксплуатации и/или нецелевым использованием оборудования во время занятий, неисполнением требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятием ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ массовым или профессиональным спортом;

бб) причин, прямо или косвенно вызванных психическими, психоневротическими или эпилептическими приступами и расстройствами здоровья, и связанных с этих изменений личности и/или характера и/или поведения:

- про которые ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО знало, и было обязано предупредить СТРАХОВЩИКА до заключения договора (полиса) страхования и/или
- по которым ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО получало ранее лечение или консультации;

вв) иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

4.13. По риску временной утраты трудоспособности не является страховым риском (страховым случаем) временная утрата трудоспособности вызванная необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, возникшая вследствие беременности или ее прерывания (если только прерывание беременности не вызвано несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора (полиса) страхования), лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), пластическими и косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора (полиса) страхования), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

5. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ), ФРАНШИЗА.

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена договором (полисом) страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма или способ её определения для каждого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА устанавливается СТРАХОВЩИКОМ по соглашению со СТРАХОВАТЕЛЕМ и указывается в договоре (полисе) страхования. Страховая сумма может быть установлена для ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в виде единой суммы по всем рискам или индивидуально определенной по каждому риску, что отражается в договоре (полисе) страхования.

5.3. СТРАХОВЩИК вправе устанавливать отдельные лимиты по размеру страховых сумм и/или количеству выплат по отдельным видам рисков, перечисленных в п.4.3 настоящих Правил страхования. При установлении единой страховой суммы по страховым рискам в договоре (полисе) страхования по любому из этих рисков может быть установлен лимит ответственности СТРАХОВЩИКА, исходя из размера которого будет определяться размер страховой выплаты при наступлении с ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ соответствующего страхового случая (именуемый в дальнейшем – сублимит страховой суммы).

5.4. При заключении договора (полиса) страхования в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (в случае необходимости отдельно по каждому страховому риску) может указываться в договоре (полисе) страхования, если они одинаковые, или в Списке ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, если они отличаются. Список ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

прилагается к Заявлению о страховании либо договору (полису) страхования и является составной и неотъемлемой частью договора (полиса) страхования.

5.5. Страховая сумма может быть установлена на основе годового дохода ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА или кредита, выданного ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ.

5.6. Договор (полис) страхования может быть заключен как на сумму первоначальной суммы кредита ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, так и с условием снижающейся страховой суммы, когда страховая сумма изменяется в соответствии со снижением задолженности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА перед кредитной организацией.

5.7. Договором (полисом) страхования может быть установлена постоянная или изменяющаяся страховая сумма. Если договором (полисом) страхования не предусмотрено иного, установленная в договоре (полисе) страхования страховая сумма считается постоянной.

Изменяющаяся страховая сумма определяется следующей общей формулой:

$$S = S_n \times K_{cc},$$

где

S – страховая сумма на конкретный день действия договора (полиса) страхования;

S_n – страховая сумма, установленная на дату начала действия договора (полиса) страхования;

K_{cc} – коэффициент снижения страховой суммы, значение которого или порядок расчета которого определяется соглашением сторон договора (полиса) страхования. Значение коэффициента может находиться в диапазоне от 0,01 до 1,00. Если иного не определено соглашением сторон в договоре (полисе) страхования, то значение коэффициента K_{cc} определяется по следующей формуле:

$$K_{cc} = 1 - \frac{N}{365} \times K,$$

где

N – количество дней с даты начала действия договора (полиса) страхования до даты, на которую определяется размер страховой суммы;

K – коэффициент, устанавливаемый СТРАХОВЩИКОМ в зависимости от вида имущества и его эксплуатационно-технического состояния. Значение коэффициента указывается в договоре (полисе) страхования.

Договором (полисом) страхования может быть предусмотрен различный порядок установления страховой суммы в зависимости от страхового риска (страхового случая, в т.ч. отдельно по каждому из застрахованных страховых рисков и/или в зависимости от условий страхового возмещения).

5.8. По соглашению Сторон страховая сумма в период страхования может быть увеличена или уменьшена. При этом СТРАХОВЩИК производит перерасчет страховой премии. Увеличение и уменьшение страховой суммы оформляется дополнительным соглашением к договору (полису) страхования, если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования.

При увеличении в течение срока страхования страховой суммы на основании соглашения Сторон договора (полиса) страхования при отсутствии неурегулированных страховых случаев СТРАХОВАТЕЛЬ обязан уплатить дополнительную страховую премию, размер которой определяется по формуле:

$$\text{ДСП} = (\text{НСС} \times \text{T2} - \text{ПСС} \times \text{T1}) / \text{д} \times \text{п, где}$$

ДСП – дополнительная страховая премия;

НСС, ПСС – новая и первоначальная страховая сумма;

T1 – годовой тариф на момент заключения договора (полиса) страхования;

T2 – годовой тариф на момент увеличения страховой суммы;

д – срок страхования по договору (полису) страхования в днях;

п – количество дней, оставшихся до окончания периода страхования.

5.9. СТРАХОВЩИК вправе устанавливать максимальный / минимальный размер страховой суммы в зависимости от условий страхования, при этом СТРАХОВЩИК вправе отказать СТРАХОВАТЕЛЮ в изменении условий договора (полиса) страхования, если требования СТРАХОВАТЕЛЯ не удовлетворяют установленным СТРАХОВЩИКОМ ограничениям относительно минимального / максимального размера страховой суммы.

5.10. Договором (полисом) страхования могут устанавливаться различные виды лимитов возмещения (предельные размеры возмещения СТРАХОВЩИКА), в т.ч. лимиты возмещения по одному страховому случаю, по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, лимит предельного размера страхового возмещения, при достижении которого договор (полис) страхования прекращает свое действие в соответствующей части и т.д.

Вид лимита указывается в договоре (полисе) страхования.

В договоре (полисе) страхования, в частности, могут быть установлены следующие лимиты страхового возмещения СТРАХОВЩИКА:

5.10.1. «НА ОДИН (ИНОЕ КОЛИЧЕСТВО) СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ» – установленная договором (полисом) страхования страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по одному (иному оговоренному количеству) страховому случаю (страховым случаям) за весь период действия договора (полиса) страхования. Действие договора (полиса) страхования прекращается с момента наступления первого (последнего, при оговоренном количестве случаев) страхового случая.

5.10.2. «ПО ДОГОВОРУ» – установленная договором (полисом) страхования страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия договора (полиса) страхования. После выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на величину произведенной страховой выплаты без дополнительного волеизъявления сторон договора (полиса) страхования.

Договор (полис) страхования с лимитом возмещения «По договору» считается исполненным и прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения, эквивалентного страховой сумме, либо после выплаты страхового возмещения по факту смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА или устанавливается инвалидность где страховая выплата производится в размере 100% от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ.

По желанию СТРАХОВАТЕЛЯ после страховой выплаты ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ (ВЫГОДОПРИОРЕТАТЕЛЮ) страховая сумма может быть восстановлена, в размере как при заключении договора (полиса) страхования по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, за уплату дополнительной страховой премии и путем заключения дополнительного соглашения к договору (полису) страхования.

При этом расчет дополнительной страховой премии (взноса) производится по следующей формуле:

$$\text{Д} = \text{В} \times \text{T} \times \text{п} / (365 \times 100), \text{ где:}$$

Д – дополнительный взнос;

В – величина, на которую увеличивается страховая сумма;

T – страховой тариф (в %);

п – количество дней, оставшихся до окончания договора (полиса) страхования, считая с даты восстановления страховой суммы.

В случае если СТРАХОВАТЕЛЬ не воспользовался своим

правом на восстановление страховой суммы, при наступлении следующих страховых случаев расчёт сумм страхового возмещения производится в остатке суммы, которая остается от страховой суммы при заключении договора (полиса) страхования после страховой выплаты.

5.11. СТРАХОВЩИК вправе устанавливать количество страховых случаев, после выплаты по которым возможно автоматическое восстановление страховой суммы до суммы, установленной договором (полисом) страхования.

5.12. Страховые суммы в договоре (полисе) страхования указываются в российских рублях.

5.13. По соглашению между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ, договором (полисом) страхования может быть предусмотрена франшиза. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и/или договором (полисом) страхования, не подлежит возмещению СТРАХОВЩИКОМ СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЮ) или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора (полиса) страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной - СТРАХОВЩИК освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы, и безусловной - размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

Договором (полисом) страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.14. Наличие франшизы, ее размер и вид указываются в договоре (полисе) страхования. Если в договоре (полисе) страхования не указан вид франшизы, то считается, что установлена безусловная франшиза.

5.15. В договоре (полисе) страхования франшиза может устанавливаться по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

6.1. При заключении договора (полиса) страхования СТРАХОВЩИК определяет размер страховой премии, которую должен уплатить СТРАХОВАТЕЛЬ либо его представитель в размере, в порядке и в сроки, установленные договором (полисом) страхования.

Если страховую премию оплачивает лицо, не являющееся СТРАХОВАТЕЛЕМ, никаких прав по договору (полису) страхования в связи с этим данное лицо не приобретает, а его действия по оплате страховой премии приравниваются к исполнению обязанностей самим СТРАХОВАТЕЛЕМ.

6.2. При определении размера страховой премии, подлежащей оплате по договору (полису) страхования, СТРАХОВЩИК вправе применять разработанные страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, наличия в договоре (полисе) страхования франшизы и ее размера.

СТРАХОВЩИК вправе использовать к страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты, экспертно определяемые в зависимости от факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Размер страховой премии по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ определяется СТРАХОВЩИКОМ в зависимости от профессии, условий труда, пола, возраста, состояния здоровья, увлечений, способов проведения досуга, результатов медицинского освидетельствования, количества лиц, принимаемых на страхование и других факторов, влияющих на степень риска, срока страхования, условий оплаты страховой премии (страхового взноса).

6.3. СТРАХОВЩИК при определении размера страховой премии имеет право применить поправочный коэффициент (повышающий или понижающий), размер которого определяется в зависимости от результатов предыдущего страхования.

6.4. Поправочный коэффициент в зависимости от результатов предыдущего страхования не применяется в случае перерыва в страховании 2 месяца и более.

6.5. Случаи страховой выплаты с последующим переходом к СТРАХОВЩИКУ в порядке суброгации права требования, которое СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО) имеет к лицу, ответственному за ущерб, возмещенный в результате страхования, рассматриваются при определении поправочного коэффициента в зависимости от результатов страхования как отсутствие страховой выплаты.

6.6. Страховая премия может исчисляться по каждому страховому риску, по каждому ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ отдельно. Общая страховая премия, подлежащая уплате по договору (полису) страхования, равна сумме исчисленных страховых премий по каждому риску, по каждому ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, указанному в договоре (полисе) страхования.

6.7. Страховая премия по договору (полису) страхования уплачивается одновременно за весь период страхования или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов (рассрочка уплаты страховой премии). Страховая премия (первый страховой взнос) по договору (полису) страхования уплачивается в день заключения договора (полиса) страхования либо в иной срок, предусмотренный договором (полисом) страхования (отсрочка уплаты страховой премии).

В случае уплаты страховой премии в рассрочку, страхование распространяется на события, произошедшие в оплаченный страховой премией (страховым взносом) период.

В случае неуплаты (не полной уплаты) страховой премии (либо её первой части, если договором (полисом) страхования предусмотрена рассрочка по уплате страховой премии) в порядке и сроки, указанные в договоре (полисе) страхования, договор (полис) страхования в силу не вступает, если договором (полисом) страхования не предусмотрены иные последствия неоплаты страховой премии.

Порядок (способ) и сроки уплаты страховой премии определяются договором (полисом) страхования.

6.8. СТРАХОВЩИК оставляет за собой право уведомлять СТРАХОВАТЕЛЯ о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов) и(или) о факте неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса), прекращения договора (полиса) страхования. При этом уведомление посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона или на адрес электронной почты, указанные при заключении договора (полиса) страхования или в Личный кабинет рассматривается Сторонами договора (полиса) страхования как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

6.9. При неуплате СТРАХОВАТЕЛЕМ страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, предусмотренные договором (полисом) страхования, договор (полис) страхования считается не вступившим в силу, и обязательства СТРАХОВЩИКА возместить ущерб (осуществить страховую выплату) не наступают.

Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, неуплата очередного страхового взноса в предусмотренные договором (полисом) страхования сроки или в указанном размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) СТРАХОВАТЕЛЯ на односторонний отказ от договора (полиса) страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре (полисе) страхования как последняя дата срока уплаты соответствующего страхового взноса.

В этом случае СТРАХОВЩИК письменно уведомляет СТРАХОВАТЕЛЯ о досрочном прекращении по инициативе СТРАХОВАТЕЛЯ договора (полиса) страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре (полисе)

страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом уплаченные ранее по договору (полису) страхования страховые взносы считаются полностью заработанными СТРАХОВЩИКОМ и не подлежат возврату.

6.10. Если СТРАХОВАТЕЛЬ в силу каких-либо причин не может продолжать уплату страховых взносов, как это установлено договором (полисом) страхования, СТРАХОВАТЕЛЬ может обратиться к СТРАХОВЩИКУ с запросом об изменении условий договора (полиса) страхования.

6.11. В случае если договором (полисом) страхования предусмотрена уплата СТРАХОВАТЕЛЕМ страховой премии в рассрочку и событие, признанное страховым случаем, произошло до срока уплаты очередного страхового взноса, изменяются сроки исполнения обязанности СТРАХОВАТЕЛЯ по уплате оставшейся неуплаченной на момент наступления события, признанного страховым случаем, части страховой премии: неуплаченная на момент наступления события, признанного СТРАХОВЩИКОМ страховым, часть страховой премии подлежит уплате СТРАХОВАТЕЛЕМ в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения СТРАХОВАТЕЛЕМ письменного уведомления СТРАХОВЩИКА о признании события страховым случаем.

В указанном случае, руководствуясь ст. 410 ГК РФ «Прекращение обязательств зачетом», СТРАХОВЩИК имеет право зачесть в счет страховой выплаты сумму неуплаченной части страховой премии, подлежащей уплате, в день признания СТРАХОВЩИКОМ события страховым случаем.

Если размер неуплаченной части страховой премии на дату признания события страховым превышает размер страховой выплаты по указанному событию, сумма превышения уплачивается СТРАХОВАТЕЛЕМ в сроки, установленные договором (полисом) страхования

6.12. Уплата страховой премии (страховых взносов) производится безналичным расчетом.

6.13. Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) признается:

- при безналичном расчете - день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет СТРАХОВЩИКА.

Уплатой страховой премии СТРАХОВАТЕЛЬ подтверждает, что договор (полис) страхования, а также Правила страхования им получены, условия страхования, изложенные к договору (полису) страхования и в Правилах страхования понятны, с условиями страхования согласен и обязуется их исполнять.

6.14. При уплате страховой премии (страхового взноса) в безналичной форме СТРАХОВАТЕЛЬ обязан в платежном поручении сослаться на номер и дату счета, на основании которого производилась уплата страховой премии (страхового взноса), и/или номер договора (полиса) страхования, по которому осуществляется уплата страховой премии (страхового взноса). Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет СТРАХОВЩИКА.

6.15. При заключении договора (полису) страхования на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующем размере (проценте) от годового размера исчисленной суммы годовой страховой премии, если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования:

до 5 дней	7%
до 10 дней	11%
до 15 дней	15%
до 1 месяца	20%
до 2 месяцев	30%
до 3 месяцев	40%
до 4 месяцев	50%
до 5 месяцев	60%
до 6 месяцев	70%
до 7 месяцев	75%
до 8 месяцев	80%
до 9 месяцев	85%

до 10 месяцев	90%
до 11 месяцев	95%

Настоящее положение распространяется также на дополнительные договоры (полисы) страхования, заключенные в связи с увеличением страховой суммы в течение срока действия договора (полиса) страхования, если иное не оговорено в договоре (полисе) страхования.

6.16. При страховании на срок более 1 (одного) года общая страховая премия по договору (полису) страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год и за месяцы, определяется как часть страхового взноса за год пропорционально указанным месяцам последнего страхового периода.

6.17. При заключении договора (полиса) страхования в электронном виде через официальный сайт СТРАХОВЩИКА (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного СТРАХОВЩИКОМ), СТРАХОВАТЕЛЬ особой отметкой на экранной форме заключения договора (полиса) страхования выбирает порядок уплаты страховой премии:

- безналичным перечислением с банковской карты, не сохраняя или сохраняя для удобства в будущем, данных по этой банковской карте в Личном кабинете;
- выдачи поручения СТРАХОВЩИКУ на без акцептного списания с банковской карты СТРАХОВАТЕЛЯ, указанной как средство платежа в целях уплаты страховой премии (страхового взноса) при заключении договора (полиса) страхования (далее – ПОРУЧЕНИЕ).

6.17.1. ПОРУЧЕНИЕ действует в отношении списания суммы страховой премии (страхового взноса) с банковской карты СТРАХОВАТЕЛЯ, однозначно указанной СТРАХОВАТЕЛЕМ как средство платежа в целях уплаты страховой премии (страхового взноса) на следующий период (срок) страхования в случае заключения договора (полиса) страхования на следующий период (срок) страхования.

6.17.2. При намерении заключить со СТРАХОВЩИКОМ договор (полис) страхования на новый период (срок) страхования, СТРАХОВАТЕЛЬ обязуется поддерживать положительный баланс денежных средств на банковской карте, указанной СТРАХОВАТЕЛЕМ как средство уплаты страховой премии (страхового взноса).

6.17.3. В случае невозможности исполнения СТРАХОВЩИКОМ ПОРУЧЕНИЯ по причине отсутствия или недостаточности денежных средств на балансе банковской карты, указанной СТРАХОВАТЕЛЕМ как средство оплаты страховой премии (страхового взноса), в день списания с банковской карты средств в счет уплаты страховой премии (страхового взноса), СТРАХОВАТЕЛЬ обязуется в течение 1 (одного) рабочего дня пополнить баланс банковской карты на сумму, равную сумме страховой премии (страхового взноса), указанной в договоре (полисе) страхования, заключаемом на следующий период (срок) страхования.

6.17.4. ПОРУЧЕНИЕ может быть отозвано посредством направления СТРАХОВЩИКУ извещения любым из способов, указанным в настоящих Правилах страхования как способ надлежащего уведомления СТРАХОВЩИКА.

6.17.5. Если извещение об отзыве ПОРУЧЕНИЯ поступило СТРАХОВЩИКУ ранее даты начала действия договора (полиса) страхования, заключаемого на следующий период (срок) страхования, то согласие СТРАХОВАТЕЛЯ на заключение договора (полиса) страхования, на предложенных СТРАХОВЩИКОМ условиях страхования, считается не полученным, а договор (полис) страхования на следующий период (срок) страхования считается не заключенным.

6.17.6. Отзыв ПОРУЧЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ не освобождает СТРАХОВЩИКА и СТРАХОВАТЕЛЯ от исполнения ими своих обязательств по ранее заключенным договорам (полисам) страхования.

6.18. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается в российских рублях.

7. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Территория страхования по договору (полису) страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования – Российская Федерация.

7.2. Договором (полисом) страхования может быть предусмотрена иная территория страхования – территория стран СНГ, весь мир или иная территория страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор (полис) страхования является соглашением между СТРАХОВАТЕЛЕМ и СТРАХОВЩИКОМ, в силу которого СТРАХОВЩИК обязуется за обусловленную договором (полисом) страхования плату при наступлении предусмотренного в договоре (полисе) страхового случая осуществить ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЮ, в пределах обусловленной договором (полисом) страхования страховой суммы, страховую выплату в случае причинения вреда жизни или здоровью ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ.

8.2. Договор (полис) страхования составляется на русском языке в необходимом количестве экземпляров, по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу, за исключением случаев заключения договора (полиса) страхования в электронной форме. Если договор (полис) страхования переводится на иностранный язык, то в случае буквального толкования договора (полиса) страхования русский текст имеет решающее значение.

8.3. Договор (полис) страхования заключается на основании письменного или устного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ. Заявление на страхование, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора (полиса) страхования.

Заявление на страхование в электронной форме может быть подписано усиленной квалифицированной электронной подписью или иным способом, предусмотренным действующим законодательством РФ.

До заключения договора (полиса) СТРАХОВАТЕЛЬ обязан представить запрошенные СТРАХОВЩИКОМ документы в целях исполнения последним требований Федерального закона от 07.08.2001 №115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма".

8.3.1. При индивидуальном страховании в заявлении, подаваемом в письменном виде, должно быть указано (данный перечень не является исчерпывающим и может быть сокращен или расширен СТРАХОВЩИКОМ):

- фамилия, имя, отчество СТРАХОВАТЕЛЯ;
- страховая сумма;
- срок страхования;
- перечень рисков;
- фамилия, имя, отчество ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА;
- возраст;
- место работы, учебы, профессия, должность.

8.3.2. При коллективном страховании в заявлении, подаваемом в письменном виде, должно быть указано (данный перечень не является исчерпывающим и может быть сокращен СТРАХОВЩИКОМ):

- наименование организации СТРАХОВАТЕЛЯ, ее адрес;
- фамилия, имя, отчество руководителя организации, его телефон;
- срок страхования;
- количество ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ;
- условия страхования (с указанием фамилии, имени, отчества и страховой суммы по каждому ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ);
- подпись руководителя организации.

8.3.3. Для СТРАХОВЩИКА заключение договора (полиса) страхования на предложенных в заявлении СТРАХОВАТЕЛЕМ условиях не является обязательным.

8.4. Договор (полис) страхования может быть заключен на любой согласованный СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ срок.

8.4.1. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) СТРАХОВАНИЯ — срок, на который заключается договор (полис) страхования (календарные месяцы, календарный год(-ы));

8.4.2. СРОК СТРАХОВАНИЯ — период времени, в течение которого на ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО распространяется действие страховой защиты. Страхование, обусловленное договором (полисом) страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение указанного периода времени. Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, срок страхования совпадает со сроком действия договора (полиса) страхования.

8.5. В договоре (полисе) страхования могут быть определены конкретные периоды действия страховой защиты в отношении ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:

- 24 часа в сутки (круглосуточно);
- при исполнении им своих служебных обязанностей по месту основной работы, исключая путь на работу и обратно;
- при исполнении им своих служебных обязанностей по месту основной работы, а также в пути следования к месту работы и обратно на транспорте предприятия либо на транспорте сторонней организации, или на личном транспорте;
- при пользовании общественным транспортом;
- во время нерабочего времени ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (в быту);
- при совершении им каких-либо специфических действий (например, участия в соревнованиях и тренировочных занятиях и т.п.);
- на время участия в мероприятиях, конференциях и прочие, предусмотренных в договоре (полисе) страхования;
- на время путешествий и на время поездок поездки в качестве пассажира (туриста-экскурсанта) на транспорте, который указан в договоре (полисе) страхования;
- во время авиаперелета, включая посадку, высадку и пребывание на территории аэропорта;
- при участии в дорожном движении в качестве водителя или пассажира транспортного средства;
- на время его нахождения на отдыхе по санаторно-курортной путевке;
- на время пребывания его в определенном в договоре (полисе) страхования месте и/или выполнения им определенных договором (полисом) страхования действий;
- ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ в возрасте от 3 до 18 лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений:
 - период нахождения ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в дошкольном или учебном заведении;
 - период нахождения ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в дошкольном или учебном заведении и указанное в договоре (полисе) страхования время в пути от места жительства ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА к месту нахождения дошкольного или учебного заведения и обратно;
 - период времени, в течение которого ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО не находится в дошкольном или учебном заведении («несчастный случай в быту»);
- в течение иных временных периодов или обстоятельств, определенных договором (полисом) страхования в той мере, в которой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему

законодательству РФ.

8.6. Страховая защита, обусловленная договором (полисом) страхования (обязательства СТРАХОВЩИКА по выплате страхового возмещения), распространяется на страховые случаи, происшедшие в течение срока страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты СТРАХОВАТЕЛЕМ страховой премии либо первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку).

8.7. СТРАХОВЩИК вправе при заключении договора (полиса) страхования ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень риска, в соответствии с условиями порядком заключения договора (полиса) страхования, разработанными СТРАХОВЩИКОМ.

8.8. При заключении договора (полиса) страхования, в том числе в электронном виде, СТРАХОВЩИКУ сообщается информация для идентификации СТРАХОВАТЕЛЯ (данный перечень не является исчерпывающим):

- документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности, удостоверение личности или военный билет военнослужащего, общегражданский заграничный паспорт, удостоверение беженца, паспорт моряка, паспорт иностранного гражданина либо вид на жительство иностранного гражданина, лица без гражданства;
- копии учредительных документов, лицензий, иных документов (заверенные надлежащим образом), на основании которых СТРАХОВАТЕЛЬ – юридическое лицо осуществляет деятельность, а так же сведения для проведения идентификации представителя и бенефициарного владельца юридического лица

В случае невозможности предоставления какого-либо из указанных выше документов СТРАХОВЩИК и СТРАХОВАТЕЛЬ могут договориться о его исключении из списка, либо о замене его на документ, содержащий аналогичную информацию.

8.9. Для принятия решения о заключении договора (полиса) страхования СТРАХОВЩИК имеет право требовать предоставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) документов и сведений, позволяющих оценить степень принимаемого на страхование риска (данный перечень не является исчерпывающим):

8.9.1. предоставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) документов и сведений о состоянии здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, в том числе заполнения соответствующих форм анкет; прохождения ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ медицинского освидетельствования либо требовать медицинские документы от медицинского учреждения, где проходил лечение или наблюдался ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, 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;

8.9.2. предоставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) документов и сведений финансового характера, документов и сведений о наличии кредита, займа и иных финансовых обязательств у СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА), документов и сведений о наличии у ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА движимого или недвижимого имущества, документов и сведений о профессиональной деятельности, в том числе заполнения соответствующих форм анкет:

- справки по форме государственных учреждений, содержащие сведения о доходах СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА);
- 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 системой налогообложения и т.д.);

- справка о сумме полученных дивидендов и протокол собрания акционеров (учредителей) о выплате дивидендов;
- справка с места / мест работы ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, подтверждающая факт работы ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в данной организации с указанием занимаемой должности, стажа работы и размера оклада;
- справка с места / мест работы ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА о нахождении сотрудника в декретном отпуске / отпуске по уходу за ребенком;
- копия трудовой книжки, заверенная работодателем, или выписка из трудовой книжки, заверенная работодателем, копия пенсионного удостоверения;
- копия трудового договора / контракта / договора-подряда, копия авторского договора;
- копия лицензии, если профессиональная деятельность ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА требует специальных лицензий;
- копия свидетельства о государственной регистрации физического лица как индивидуального предпринимателя;
- устав предприятия, учредителем (акционером) которого является ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО;
- 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;
- 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;
- справка / выписка из личного дела о прохождении военной службы / работы в правоохранительных органах (если подразделение ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА по месту службы не является секретным);
- кредитные договоры, договоры об открытии возобновляемой или не возобновляемой кредитной линии, договоры поручительства, залога, займа, ипотеки и иные договоры, обуславливающие взаимоотношения ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА 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 ЛИЦА.

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

8.9.3. предоставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИБОРЕТЕЛЕМ) документов и сведений о персональных данных:

- копия общегражданского паспорта;
- копия свидетельства о рождении;
- копия свидетельства о браке/разводе.

8.9.4. предоставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) документов и сведений о занятиях спортом на любительской, профессиональной или разовой основе, а также документов и сведений об активном отдыхе, в том числе заполнения соответствующих форм анкет:

- справки из спортивного учреждения (клуба), подтверждающие занятия спортом (с указанием конкретного вида спорта), интенсивности спортивной нагрузки, с указанием количества соревнований, в которых предполагается участие ЗАСТРАХОВАННОГО

ЛИЦА;

- заявочный лист допуска команды на участие в соревнованиях;
- копия лицензии спортивной организации, членом которой является ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО;
- копия лицензии ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, если вид спортивной деятельности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА требует специального лицензирования.

8.10. В случае если СТРАХОВЩИК устанавливает дополнительные условия для заключения договора (полиса) страхования, СТРАХОВЩИК обязан уведомить СТРАХОВАТЕЛЯ о таких условиях и о порядке их выполнения. К таким условиям, в частности, относятся медицинское обследование ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.

8.10.1. Медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (данный перечень не является исчерпывающим):

- а) общий анализ крови.
- б) биохимический анализ крови, анализ крови на глюкозу, липидный профиль.
- в) анализ крови на гепатиты в и с, вич.
- г) общий анализ мочи.
- д) экг и стресс-тест экг.
- е) УЗИ органов брюшной полости.
- ж) УЗИ органов малого таза (для женщин).
- з) рентген органов грудной клетки.
- и) заключение гинеколога/уролога.
- к) заключение терапевта с подробным описанием статуса по всем органам и системам.

8.10.2. СТРАХОВЩИК гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством РФ.

8.10.3. При заключении договора (полиса) страхования в форме электронного документа договор (полис) страхования заключается без медицинского обследования ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.

8.11. Если договор (полис) страхования заключается со СТРАХОВАТЕЛЕМ - физическим лицом, то в договоре (полисе) страхования указываются:

- фамилия, имя, отчество СТРАХОВАТЕЛЯ, а также ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, если они не совпадают;
- объекты страхования и страховые риски, в том числе применяемые к договору (полису) страхования Таблицы страховых выплат в связи с причинением телесных повреждений в результате несчастных случаев;
- условия страхования;
- страховая сумма;
- срок действия договора (полиса) страхования.

В договоре (полисе) страхования (или в отдельно приложении к договору (полису) страхования) может быть оформлен Список ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ. Список ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ содержит в себе следующую информацию по каждому ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ: ФИО, дата рождения, паспортные данные / данные свидетельства о рождении, адрес регистрации, телефон, место работы (учебы), профессия, должность, индивидуальная страховая сумма, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ, иная информация.

Заявление на каждого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в этом случае может не заполняться.

8.12. Договор (полис) страхования, заключенный со СТРАХОВАТЕЛЕМ — юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ с приложением списка ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ. По желанию СТРАХОВАТЕЛЯ, в случае если это предусмотрено договором (полисом) страхования, СТРАХОВЩИК оформляет страхование каждого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА выдачей отдельного страхового полиса или сертификата. При этом в приложенном списке ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ на каждого ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА может быть указана отдельная страховая сумма.

8.13. Для заключения договора (полиса) страхования в

электронном виде СТРАХОВАТЕЛЬ подает СТРАХОВЩИКУ заявление о страховании через официальный сайт СТРАХОВЩИКА (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного СТРАХОВЩИКОМ).

Для СТРАХОВАТЕЛЯ – физического лица:

- СТРАХОВЩИК направляет СТРАХОВАТЕЛЮ посредством СМС-сообщения Код;
- полученный Страхователем Код необходим ему для получения возможности подписания и направления Страховщику Заявления;
- СТРАХОВАТЕЛЬ обязан сохранять конфиденциальность Кода и не допускать доведения его до сведения других лиц. СТРАХОВЩИК не несет ответственности за последствия, связанные с разглашением СТРАХОВАТЕЛЕМ Кода;
- СТРАХОВАТЕЛЬ указывает полученный Код в соответствующем поле на сайте, что позволяет реализовать процедуру подписания СТРАХОВАТЕЛЕМ заявления посредством простой электронной подписи;
- заявление СТРАХОВАТЕЛЯ в электронной форме, подписанное простой электронной подписью СТРАХОВАТЕЛЯ и отправленное СТРАХОВЩИКУ, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе;
- СТРАХОВАТЕЛЬ подписывает заявление исключительно от своего имени. Подписание заявления и заключение договора (полиса) страхования от имени другого лица не допускаются;
- заявление, подписанное простой электронной подписью, считается подписанным лицом, которое указано в заявлении в качестве СТРАХОВАТЕЛЯ (заявителя), вне зависимости от того, на чье имя зарегистрирован номер мобильного телефона или адрес электронной почты, на который был направлен Код подтверждения простой электронной подписи.

8.14. При заключении договора (полиса) страхования в электронном виде СТРАХОВАТЕЛЬ предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в форматах pdf, jpg и т.д.).

Документы в электронном виде должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, выданные (оформленные) за границей РФ, принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

8.15. Заявление о заключении договора (полиса) страхования в электронном виде подписывается СТРАХОВАТЕЛЕМ – физическим лицом простой электронной подписью, а СТРАХОВАТЕЛЕМ – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

8.16. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в РФ» договор (полис) страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной подписью СТРАХОВЩИКА, признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СТРАХОВЩИКА.

8.17. При заключении договора (полиса) страхования в электронном виде СТРАХОВАТЕЛЬ оплачивает страховую премию (страховой взнос) или выбирает порядок уплаты страховой премии (в соответствии с п. 6.17 настоящих Правил страхования) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре (полисе) страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение договора (полиса) страхования на предложенных СТРАХОВЩИКОМ условиях.

8.18. Если в договоре (полисе) страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования

(полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре (полисе) страхования либо на его оборотной стороне как его неотъемлемая часть, либо договор (полис) страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте СТРАХОВЩИКА в сети «Интернет», либо СТРАХОВАТЕЛЬ должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный СТРАХОВАТЕЛЕМ адрес электронной почты или путем вручения СТРАХОВАТЕЛЮ электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре (полисе) страхования должны быть признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При заключении договора (полиса) страхования в форме электронного документа факт ознакомления СТРАХОВАТЕЛЯ с условиями страхования, Правилами страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми СТРАХОВАТЕЛЕМ в электронном виде на сайте СТРАХОВЩИКА.

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен СТРАХОВАТЕЛЮ без вручения текста документа на бумажном носителе, СТРАХОВЩИК обязан по письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.19. В договоре (полисе) страхования может быть предусмотрено условие автоматического перезаключения договора (полиса) страхования на следующий период (срок) страхования. При этом, если иного не предусмотрено в договоре (полисе) страхования, при уплате страховой премии в размере, указанном в договоре (полисе) страхования, до истечения последнего месяца действующего годового (либо иного) периода страхования, договор (полис) страхования автоматически пролонгируется с полностью аналогичными условиями на следующий период. При этом датой начала нового периода страхования является дата, следующая за датой окончания последнего месяца предыдущего периода страхования.

При первоначальном заключении договора (полиса) страхования в электронном виде через официальный сайт СТРАХОВЩИКА (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного СТРАХОВЩИКОМ), СТРАХОВАТЕЛЬ и СТРАХОВЩИК в рамках настоящих Правил страхования, пришли к соглашению, что за 7 (семь) календарных дней, до начала действия договора (полиса) страхования, заключаемого на следующий период (срок) страхования, ОФЕРТА вручается СТРАХОВАТЕЛЮ путем ее размещения в ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ СТРАХОВАТЕЛЯ и/или направляется по адресу электронной почты, указанному СТРАХОВАТЕЛЕМ при первоначальном заключении договора (полиса) страхования, и денежная сумма, равная сумме страховой премии (страхового взноса) согласно ОФЕРТЕ, блокируется (списывается) СТРАХОВЩИКОМ в целях уплаты СТРАХОВАТЕЛЕМ страховой премии (страхового взноса), за исключением случаев, когда СТРАХОВАТЕЛЕМ отозвано ПОРУЧЕНИЕ (в соответствии с п. 6.15 настоящих Правил) на уплату (списание) страховой премии (страхового взноса) с его банковской карты.

Размещение ОФЕРТЫ в ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ СТРАХОВАТЕЛЯ и размещение Правил страхования в открытом доступе на сайте СТРАХОВЩИКА в сети «Интернет» признается СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ надлежащим вручением СТРАХОВАТЕЛЮ договора (полиса) страхования и Правил страхования.

В случае отзыва СТРАХОВАТЕЛЕМ ПОРУЧЕНИЯ после блокировки (списания) денежных средств на банковской карте СТРАХОВАТЕЛЯ и до даты начала действия договора (полиса) страхования, заключаемого на следующий период (срок) страхования, СТРАХОВЩИК производит разблокировку (полный возврат) денежных средств СТРАХОВАТЕЛЮ.

8.20. Изменение договора (полиса) страхования возможно

по соглашению между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ, если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, при изменении обстоятельств, из которых СТРАХОВЩИК и СТРАХОВАТЕЛЬ исходили при заключении договора (полиса) страхования.

8.21. Любые изменения и/или дополнения вносятся в действующий договор (полис) страхования в письменной форме путем составления дополнительного соглашения к данному договору (полису) страхования, которое подписывается СТРАХОВАТЕЛЕМ и СТРАХОВЩИКОМ.

8.22. Соглашение об изменении или о расторжении договора (полиса) страхования заключается в той же форме, что и договор (полис) страхования, если из закона и иных правовых актов, договора (полиса) страхования или обычаев делового оборота не вытекает иное.

8.23. В случае изменения договора (полиса) страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ об изменении или о расторжении договора (полиса) страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора (полиса) страхования.

8.24. В случае утери экземпляра договора (полиса) страхования в период его действия СТРАХОВЩИК выдает СТРАХОВАТЕЛЮ по его письменному заявлению дубликат. После выдачи дубликата утраченный договор (полис) страхования считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся. Дубликат бесплатно выдается один раз в течение срока действия договора (полиса) страхования.

8.25. Заключая договор (полис) страхования на основании настоящих Правил страхования, СТРАХОВАТЕЛЬ подтверждает свое согласие с тем, что СТРАХОВЩИК может в течение действия договора (полиса) страхования осуществлять обработку персональных данных физических лиц, указанных в договоре (полисе) страхования и заявлении на страхование, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

СТРАХОВАТЕЛЬ несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц – ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ или иных лиц, указанных в заявлении на страхование, договоре (полисе) страхования, на обработку их персональных данных.

8.26. Персональные данные СТРАХОВАТЕЛЯ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ включают в себя (данный перечень не является исчерпывающим):

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес проживания;
- номера домашнего, рабочего, мобильного телефонов;
- информация (сведения), указываемые в договоре (полисе) страхования, приложениях к нему, заявлении на страхование.

Целями обработки персональных данных являются: обеспечение соблюдения действующего законодательства РФ и иных нормативных правовых актов, осуществление страхования по заключаемому договору (полису) страхования, надлежащее исполнение СТРАХОВЩИКОМ своих обязанностей и реализация СТРАХОВЩИКОМ своих прав, предусмотренных действующим законодательством РФ, иными нормативными правовыми актами и заключаемым договором (полисом) страхования, обеспечение высокого качества предоставляемых страховых услуг, администрирование и сопровождение заключаемого договора (полиса) страхования, информирование о страховых продуктах СТРАХОВЩИКА.

СТРАХОВАТЕЛЬ дает согласие на осуществление любых действий (совокупности действий) с персональными данными, требуемых для достижения указанных целей, как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации, включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется, включая, но не ограничиваясь, следующими способами: хранение, запись на электронные и бумажные носители, их хранение, составление перечней, маркировка.

СТРАХОВЩИК вправе в случае необходимости для достижения целей обработки персональных данных передавать персональные данные и/или их обработку третьим лицам.

Указанными третьими лицами могут быть: профессиональные объединения страховщиков, иные некоммерческие организации, страховые и перестраховочные компании, обслуживающие СТРАХОВЩИКА банки, независимые экспертные организации и эксперты (оценщики), органы государственной власти и местного самоуправления, в том числе федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела) и его территориальные подразделения, федеральный антимонопольный орган и его территориальные подразделения.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подписания СТРАХОВАТЕЛЕМ договора (полиса) страхования, а если заключению договора (полиса) страхования предшествовала подача заявления на страхование, то момент подачи заявления на страхование СТРАХОВАТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКУ. Согласие на обработку персональных данных дается на срок действия договора (полиса) страхования, увеличенный на 10 лет. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством РФ и внутренними документами СТРАХОВЩИКА, подлежат хранению в течение установленного срока.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем передачи СТРАХОВЩИКУ подписанного письменного уведомления. Согласие считается отозванным в день получения СТРАХОВЩИКОМ соответствующего уведомления.

СТРАХОВАТЕЛЬ подтверждает, что на момент заключения договора (полиса) страхования все ВЫГОДОПРИБРАТЕЛИ проинформированы:

- передаче СТРАХОВЩИКУ своих персональных данных на условиях, предусмотренных договором (полисом) страхования, настоящими Правилами страхования, страховым полисом, заявлением на страхование;
- целях такой передачи и правовых основаниях;
- наименовании и адресе СТРАХОВЩИКА, и иных предполагаемых пользователей персональных данных;
- порядке отзыва согласия на обработку персональных данных и иных правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

8.27. Заключая договор (полис) страхования на основании настоящих Правил страхования, СТРАХОВАТЕЛЬ дает также свое согласие СТРАХОВЩИКУ на получение информации, содержащейся в основной части кредитной истории СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА) (кредитный отчет) в соответствии Законом от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях». Указанное согласие дано СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) СТРАХОВЩИКУ в момент (с даты) заключения договора (полиса) страхования в целях проверки данных и информации, указанных в договоре (полисе) страхования, и получения иной информации о СТРАХОВАТЕЛЕ (ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ).

8.28. Заключая договор (полис) страхования на основании настоящих Правил страхования, СТРАХОВАТЕЛЬ также подтверждает согласие на информирование о других страховых продуктах и услугах, а также об условиях перезаключения договора (полиса) страхования со СТРАХОВЩИКОМ. Для осуществления вышеуказанных целей СТРАХОВЩИК имеет право передавать персональные данные, ставшие ему

известными в связи с заключением и исполнением договора (полиса) страхования, третьим лицам, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

9. ДВОЙНОЕ СТРАХОВАНИЕ

9.1. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан письменно информировать СТРАХОВЩИКА обо всех договорах (полисах) страхования, заключенных СТРАХОВАТЕЛЕМ в отношении ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров (полисов) страхования и, по требованию СТРАХОВЩИКА, существенных условий этих договоров (полисов) страхования, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование / предложено заключить договор (полисов) страхования с применением повышающих коэффициентов к страховому тарифу.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор (полис) страхования прекращается в случаях:

10.1.1. истечения срока, на который был заключен договор (полис) страхования – в 23 часа 59 минут дня, указанного в договоре (полисе) страхования как день его окончания;

10.1.2. исполнения СТРАХОВЩИКОМ обязательств по договору (полису) страхования в полном объеме – с 00 часов 00 минут даты исполнения СТРАХОВЩИКОМ обязательств по договору (полису) страхования - выплаты страхового возмещения в полном размере страховой суммы, указанной в договоре (полисе) страхования;

10.1.3. смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА по причинам иным, чем наступление страхового случая, предусмотренного договором (полисом) страхования;

10.1.4. ликвидации СТРАХОВАТЕЛЯ – юридического лица, если только обязанность СТРАХОВАТЕЛЯ по уплате страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате в рассрочку), не была исполнена в полном объеме, и иное лицо не приняло на себя права и обязанности по договору (полису) страхования.

10.1.5. смерти СТРАХОВАТЕЛЯ - физического лица, если ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО или третье лицо не приняло на себя исполнение обязанностей СТРАХОВАТЕЛЯ по уплате страховой премии (страховых взносов);

10.1.6. ликвидации СТРАХОВЩИКА в порядке, установленном законодательными актами РФ с соблюдением всех процедур, установленных законодательством РФ;

10.1.7. при принятии судом решения о признании договора (полиса) страхования недействительным. Договор (полис) страхования прекращается с даты, указанной в решении суда;

10.1.8. полного отзыва СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) персональных данных – согласия на обработку персональных данных, за исключением случаев возможности исполнения договора (полиса) страхования при отсутствии такого согласия, субъекта персональных данных. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора (полиса) страхования;

10.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательными актами РФ, условиями страхования и/или договором (полисом) страхования.

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ вправе отказаться от договора (полиса) страхования в любое время, если к моменту отказа

возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 10.1. настоящих Правил страхования. О намерении расторжения договора (полиса) страхования СТРАХОВАТЕЛЬ должны уведомить СТРАХОВЩИКА не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до даты предполагаемого расторжения договора (полиса) страхования. В указанном случае договор (полис) страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, указанного СТРАХОВАТЕЛЕМ как дата расторжения договора (полиса) страхования, и уплаченная СТРАХОВЩИКУ страховая премия в соответствии со ст. 958 ГК РФ не подлежит возврату, если иное не предусмотрено в договоре (полисе) страхования.

10.3. Договор (полис) страхования расторгается по требованию СТРАХОВЩИКА в случае, если СТРАХОВАТЕЛЬ не исполняет обязанность, указанную в п. 11.1 настоящих Правил страхования или возражает против изменения условий договора (полиса) страхования и/или доплаты страховой премии в случаях, указанных в пунктах. 11.2, 11.3. настоящих Правил страхования, договор (полис) страхования расторгается в соответствии с главой 29 ГК РФ.

10.4. Если СТРАХОВАТЕЛЬ – физическое лицо отказался от договора (полиса) страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств СТРАХОВЩИКА по заключенному договору (полису) страхования (далее – дата начала действия страхования) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату СТРАХОВЩИКОМ СТРАХОВАТЕЛЮ в полном объеме. Договор (полис) страхования считается прекратившим свое действие с даты получения СТРАХОВЩИКОМ письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора (полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению между СТРАХОВЩИКОМ и СТРАХОВАТЕЛЕМ, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

10.5. Если СТРАХОВАТЕЛЬ – физическое лицо отказался от договора (полиса) страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, СТРАХОВЩИК при возврате уплаченной страховой премии СТРАХОВАТЕЛЮ вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора (полиса) страхования. Договор (полис) страхования считается прекратившим свое действие с даты получения СТРАХОВЩИКОМ письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора (полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

10.6. В случае если при расторжении договора (полиса) страхования (кроме случаев, указанных в пунктах 10.4, 10.5) СТРАХОВЩИК возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ часть уплаченной страховой премии пропорционально не истекшему сроку страхования. Часть страховой премии, подлежащая возврату, рассчитывается исходя из следующей формулы:

$$CB = (П_n * t_n - В_{зну}) * N_2 / N_1, \text{ где}$$

CB – сумма возврата части страховой премии;

П_n – начисленная страховая премия;

t_n – доля нетто-ставки в структуре страхового тарифа;

В_{зну} – общая сумма не уплаченных на момент расторжения страховых взносов (как просроченных, так и тех, срок уплаты которых не наступил);

N₁ – срок действия договора (полиса) страхования (в сутках);

N₂ – оставшийся срок действия договора (полиса) страхования, считая с предполагаемой даты расторжения (в сутках).

10.7. СТРАХОВЩИК возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ часть уплаченной страховой премии, рассчитанной в соответствии с п.10.6 настоящих Правил страхования, в

безналичном порядке в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора (полиса) страхования. СТРАХОВЩИК и СТРАХОВАТЕЛЬ могут согласовать иные сроки возврата.

10.8. В случае если после возврата части страховой премии СТРАХОВЩИКУ заявлен страховой случай, имевший место до прекращения такого договора (полиса) страхования, СТРАХОВЩИК вправе требовать возврата полученной СТРАХОВАТЕЛЕМ в результате прекращения договора (полиса) страхования премии за исключением случаев, прямо предусмотренных действующим законодательством РФ.

10.9. Возврат части страховой премии однозначно не производится СТРАХОВЩИКОМ, если по договору (полису) страхования до письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора (полиса) страхования заявлены события, имеющие признаки страхового случая, по которым решение о страховой выплате СТРАХОВЩИКОМ не принято, либо по которым СТРАХОВЩИКОМ принято решение об отказе в страховой выплате, обжалованное (находящееся на рассмотрении) в судебных органах, либо если договор (полис) страхования заключен на срок менее одного года.

10.10. При изменении условий договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности СТРАХОВЩИКА (прекращение договора коллективного страхования в отношении конкретных ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, уменьшение страховых сумм, изменение страховых рисков), СТРАХОВАТЕЛЮ возвращаются:

- а) в случае прекращения договора коллективного страхования в отношении конкретных ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, уплаченные за этих ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ страховые взносы, рассчитанные к возврату в соответствии с п. 10.6 настоящих Правил страхования;
- б) в случае уменьшения объема ответственности СТРАХОВЩИКА в отношении конкретных ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ без изменения общей численности, часть уплаченных за этих ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ страховых взносов за неистекший срок действия договора коллективного страхования, пропорционально уменьшению ответственности.

По соглашению сторон договора коллективного страхования возврат указанных выше сумм может быть отложен до окончания договора коллективного страхования или, в случае последующего увеличения ответственности СТРАХОВЩИКА по договору коллективного страхования (включение в договор коллективного страхования новых ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков), проведен взаимозачет.

10.11. Договор (полис) страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. СТРАХОВЩИК в данном случае возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ уплаченные им страховые взносы за неистекший срок действия договора (полиса) страхования в соответствии с п. 10.6 настоящих Правил страхования.

10.12. Договор (полис) страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен в случае отказа СТРАХОВАТЕЛЯ – физического лица от договора добровольного страхования в виду не предоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации.

Возврату подлежит 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховая премия подлежит возврату в течение 7 рабочих дней со дня получения заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от добровольного страхования.

10.13. Прекращение договора (полиса) страхования по обстоятельствам предусмотренных п. 10.1.1-10.1.8 настоящих Правил страхования не влечет обязательств СТРАХОВЩИКА о возврате части страховой премии уплаченной СТРАХОВАТЕЛЕМ по договору (полису) страхования.

10.14. Если после заключения договора (полиса) страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных ниже, а СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО) письменно не уведомил об этом СТРАХОВЩИКА, ввел его в заблуждение, либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении договора (полиса) страхования, то СТРАХОВЩИК имеет право потребовать признания договора (полиса) страхования в отношении указанного лица незаконным (недействительным) в соответствии с законодательством РФ, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ.

В рамках настоящих Правил страхования существенными условиями договора (полиса) страхования признаётся предоставление СТРАХОВАТЕЛЕМ сведений о том, что ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО относится к нижеперечисленным категориям на дату заключения договора (полиса) страхования:

- инвалиды I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы;
- нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность;
- находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и/или здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме);
- страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями);
- проходящие службу в вооруженных силах;
- находящиеся в местах лишения свободы;
- имеющие на дату заключения договора (полиса) страхования следующие заболевания и/или связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция.

10.15. Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, при досрочном прекращении договора (полиса) страхования по инициативе СТРАХОВЩИКА в связи с невыполнением СТРАХОВАТЕЛЕМ условий договора (полиса) страхования и/или Правил страхования, СТРАХОВАТЕЛЮ может быть возвращена часть уплаченной страховой премии, рассчитанной в соответствии с п. 10,6 настоящих Правил страхования.

11. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

11.1. В период действия договора (полиса) страхования СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО) обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (Трех) рабочих дней с того момента, когда он узнал о данных изменениях, сообщать СТРАХОВЩИКУ о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных СТРАХОВЩИКУ при заключении договора (полиса) страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, даже если увеличение степени риска происходит не по воле СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА).

При невыполнении СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) данной обязанности, СТРАХОВЩИК имеет право потребовать расторжения договора (полиса) страхования возмещения убытков, причиненных расторжением договора (полиса) страхования.

11.2. Обстоятельствами, влекущими увеличение степени риска по договору (полису) страхования, по всем застрахованным рискам, признаются ставшие известными СТРАХОВАТЕЛЮ изменения в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора (полиса) страхования, оговоренных в договоре (полисе) страхования и в переданных СТРАХОВАТЕЛЮ Правилах страхования, которые могут повлиять на вероятность наступления страхового случая и, в любом случае:

- смена профессиональной деятельности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, связанная с путешествиями, переездами, командировками, либо с повышенным риском и/или могущая привести к появлению профессиональных заболеваний;
- переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 (одного) года;
- смена пола ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА;
- инфицирование ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ВИЧ или заболевание ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА СПИДом, диагностирование сердечно-сосудистого, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания (диабет, эпилепсия и т.п.);
- установление ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай;
- постановка ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания.

11.3. После получения информации об увеличении страхового риска СТРАХОВЩИК вправе потребовать изменения условий договора (полиса) страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Дополнительная страховая премия рассчитывается по формуле:

$$Д = \frac{(B2 - B1) * n}{365}, \text{ где,}$$

Д – дополнительная страховая премия;

B1 – страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент заключения договора (полиса) страхования;

B2 – страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент изменения договора (полиса) страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания договора (полиса) страхования.

11.4. Независимо от того, наступило повышение риска или нет, СТРАХОВЩИК имеет право в течение срока действия договора (полиса) страхования проверять сведения, указанные СТРАХОВАТЕЛЕМ в заявлении на страхование и/или договоре (полисе) страхования.

11.5. Если СТРАХОВАТЕЛЬ возражает против изменения условий договора (полиса) страхования или доплаты страховой премии, то СТРАХОВЩИК вправе потребовать расторжения договора (полиса) страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора (полиса) страхования. Соглашение о расторжении договора (полиса) страхования совершается в той же форме, что и договор (полис) страхования, обязательства Сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора (полиса) страхования, а при его расторжении в судебном порядке – с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора (полиса) страхования.

11.6. СТРАХОВЩИК не вправе требовать расторжения договора (полиса) страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами страхования и/или договором (полисом) страхования Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

12.2. СТРАХОВЩИК ОБЯЗАН:

12.2.1. ознакомить СТРАХОВАТЕЛЯ с Правилами страхования и вручить СТРАХОВАТЕЛЮ экземпляры Правил страхования, дополнительных условий и иных материалов, если они являются неотъемлемой частью договора (полиса) страхования, при заключении договора (полиса) страхования, а СТРАХОВАТЕЛЯМ – физическим лицам дополнительно предоставить ключевой информационный документ (далее - КИД): Правила страхования, КИД, выдержки или условия страхования, сформированные на основе положений настоящих Правил страхования, относящиеся к конкретному страховому продукту (страховой программе) и на основе которых заключен договор (полис) страхования, могут быть вручены СТРАХОВАТЕЛЮ, в том числе путем информирования об адресе размещения Правил страхования на сайте СТРАХОВЩИКА в информационно-коммуникационной сети «Интернет», путем направления файла, содержащего текст Правил страхования, выдержек, условий страхования на указанный СТРАХОВАТЕЛЕМ адрес электронной почты или путем вручения СТРАХОВАТЕЛЮ любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-носители и т.п.), на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил страхования, выдержек или условий страхования, сформированных на основании них. В случае заключения договора (полиса) страхования в виде электронного документа через официальный сайт СТРАХОВЩИКА или с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного СТРАХОВЩИКОМ, текст Правил страхования может включаться в текст электронного договора (полиса) страхования.

12.2.2. предоставить до заключения договора (полиса) страхования любому обратившемуся лицу без исключений информацию:

- о полном и сокращенном наименовании страховой организации (при наличии);
- об используемом СТРАХОВЩИКОМ знаке обслуживания (при наличии), о номере и дате выдачи лицензии на право осуществления страховой деятельности;
- о членстве в саморегулируемой организации (включая информацию о дате приема в члены саморегулируемой организации), об исключении из саморегулируемой организации (включая информацию о дате исключения из саморегулируемой организации), и текст Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утвержденный Решением Комитета финансового надзора ЦБ РФ (Протокол № КФНП-24 от 9.08.2018 г.);
- об адресе места нахождения СТРАХОВЩИКА и его офисов с указанием их назначения, о контактном телефоне, по которому осуществляется связь со СТРАХОВЩИКОМ, об адресе официального сайта;
- о фамилиях, именах и отчествах членов совета директоров (наблюдательного совета), о лицах, занимающих должность единоличного исполнительного органа (членах коллегиального исполнительного органа), о лицах, занимающих должность главного бухгалтера;
- о страховой группе, в состав которой входит СТРАХОВЩИК (при наличии);
- о перечне осуществляемых СТРАХОВЩИКОМ видов страхования;
- об органе, осуществляющем полномочия по контролю и надзору за страховой деятельностью страховых

организаций (с указанием ссылки на сайт или официальный адрес);

- о способах обращения и адресах для направления обращений получателей страховых услуг СТРАХОВЩИКУ в органы, осуществляющие полномочия по контролю и надзору за деятельностью страховых организаций, в саморегулируемую организацию, а также в орган досудебного рассмотрения споров (при наличии);
- о способах защиты прав получателей страховых услуг, включая информацию о наличии возможности и способах досудебного урегулирования спора, в том числе о процедуре медиации (при ее наличии);
- иную информацию, размещение которой предусмотрено законодательством РФ, с учетом требований к месту ее размещения.

12.2.3. Предоставить потенциальному СТРАХОВАТЕЛЮ для ознакомления при заключении с ним договора (полиса) страхования (при обращении с намерением заключить договор (полис) страхования) следующую информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор (полис) страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также о порядке осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- СТРАХОВАТЕЛЮ – физическому лицу информацию о договоре добровольного страхования в виде КИД, оформленного в соответствии с требованиями Банка России;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых СТРАХОВЩИКОМ франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ), совершение которых может повлечь отказ СТРАХОВЩИКА в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора (полиса) страхования, в том числе о необходимости проведения медицинского обследования лица, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора (полиса) страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного СТРАХОВАТЕЛЕМ заявления о заключении договора (полиса) страхования с уведомлением СТРАХОВАТЕЛЯ о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата СТРАХОВАТЕЛЮ уплаченной страховой премии в случае отказа СТРАХОВАТЕЛЯ от договора (полиса) страхования в течение определенного срока со дня его заключения в соответствии с действующим законодательством;
- о сроках рассмотрения обращений СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ) относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия СТРАХОВЩИКОМ решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о принципах расчета причиненного ущерба;
- о порядке расчета налога, который будет удержан СТРАХОВЩИКОМ при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора (полиса) страхования (в случаях,

предусмотренных положениями налогового законодательства РФ) в случаях, когда СТРАХОВЩИК является налоговым агентом.

Информация, указанная в пунктах 12.2.1 - 12.2.3 настоящих Правил страхования доводится до СТРАХОВАТЕЛЯ в устной, бумажной или электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» не исключает предоставление СТРАХОВАТЕЛЮ указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем СТРАХОВЩИКА. По требованию СТРАХОВАТЕЛЯ СТРАХОВЩИК бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора (полиса) страхования, указанной в п. 12.2.3. настоящих Правил страхования.

12.2.4. проинформировать СТРАХОВАТЕЛЯ о способах и порядке подачи СТРАХОВЩИКУ письменного или устного заявления о заключении договора (полиса) страхования, о необходимости ознакомления с Правилами страхования и договором (полисом) страхования.

12.2.5. при признании произошедшего события страховым случаем, произвести страховую выплату в установленный настоящими Правилами страхования и/или договором (полисом) страхования срок, при условии выполнения СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) встречных и обусловленных обязательств в соответствии с настоящими Правилами страхования и договором (полисом) страхования.

12.2.6. известить СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) об отказе в страховой выплате, если имеются основания для отказа, в сроки, указанные в настоящих Правилах страхования.

12.2.7. не разглашать сведения о СТРАХОВАТЕЛЕ и его имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), полученных от СТРАХОВАТЕЛЯ, при их обработке (в соответствии с ФЗ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006).

12.2.8. при обеспечении защиты информации, полученной при осуществлении страховой деятельности, включая обеспечение целостности указанной информации, ее доступности и конфиденциальности, защите персональных данных СТРАХОВАТЕЛЕЙ (ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ), соблюдать требования, определенные законодательством РФ, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами.

12.2.9. уведомить СТРАХОВАТЕЛЯ о порядке проведения медицинского освидетельствования лица, принимаемого на страхование, если для заключения договора (полиса) страхования СТРАХОВЩИКОМ установлено условие медицинского освидетельствования.

12.2.10. запросить предоставление документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты в случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к СТРАХОВЩИКУ с заявлением на страховую выплату.

12.2.11. по письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ, позволяющему подтвердить факт его получения СТРАХОВЩИКОМ, по действующему договору (полису) страхования бесплатно один раз предоставляет ему копии договора (полиса) страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора (полиса) страхования (Правил страхования, программ страхования, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре (полисе) страхования), за исключением информации, не

подлежащей разглашению (персональные данные других ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам (полиса) страхования, условия страхования других категорий ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ и пр.).

12.2.12. по письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ один раз по одному договору (полису) страхования бесплатно предоставляет ему заверенный СТРАХОВЩИКОМ расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора (полиса) страхования. К указанному расчету по запросу СТРАХОВАТЕЛЯ прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия договора (полиса) страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

12.2.13. принять заявление СТРАХОВАТЕЛЯ о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) в случае расторжения договора (полиса) страхования или отказа СТРАХОВАТЕЛЯ от договора (полиса) страхования. СТРАХОВЩИК обязан обеспечить прием заявления одним из способов:

- в офисе, в котором был заключен договор (полис) страхования, в ином указанном СТРАХОВЩИКОМ офисе;
- посредством почтовой связи;
- через личный кабинет (при наличии);
- через третье лицо, действующее по поручению СТРАХОВЩИКА от его имени и за его счет при заключении договора (полиса) страхования, если это предусмотрено договором СТРАХОВЩИКА с указанным третьим лицом.

12.2.14. зафиксировать осуществление действий, указанных в пунктах 12.2.1, 12.2.3, 12.2.12. любым из следующих способов:

- подписью СТРАХОВАТЕЛЯ;
- проставлением СТРАХОВАТЕЛЕМ специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте СТРАХОВЩИКА или в личном кабинете;
- аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой СТРАХОВЩИКОМ с согласия СТРАХОВАТЕЛЯ в офисе или ином месте совершения действия, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- иным способом, предусмотренным законом или согласованным со СТРАХОВАТЕЛЕМ.

12.2.15. исключить препятствия к осуществлению СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) аудиозаписи, видео- или фотосъемки процесса взаимодействия СТРАХОВЩИКА со СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) в местах, предназначенных для обслуживания СТРАХОВАТЕЛЕЙ (ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ) (заключения договоров (полисов) страхования, приема документов о признании события страховым случаем), если СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) уведомил работника СТРАХОВЩИКА о соответствующем намерении до начала осуществления записи и/или съемки.

12.2.16. проинформировать СТРАХОВАТЕЛЯ при заключении договора (полиса) страхования об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора (полиса) страхования или настоящих Правил страхования, а также своевременно проинформировать СТРАХОВАТЕЛЯ об изменениях таких адресов на официальном сайте и непосредственно при его обращении. В случае

невозможности информирования СТРАХОВАТЕЛЯ до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, СТРАХОВЩИК обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре (полисе) страхования, при обращении СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ).

12.2.17. внести в договор (полис) страхования изменения в случае проведения СТРАХОВАТЕЛЕМ мероприятий, уменьшивших риск наступления страхового случая и размер возможного ущерба, либо в случае желания СТРАХОВАТЕЛЯ в изменении размера страховой суммы по договору (полису) страхования.

12.2.18. возместить расходы, произведенные СТРАХОВАТЕЛЕМ при наступлении страхового случая для предотвращения или уменьшения ущерба по договору (полису) страхования, если такие расходы были согласованы со СТРАХОВЩИКОМ и не превышают установленную договором (полисом) страхования сумму.

12.2.19. не разглашать сведения о СТРАХОВАТЕЛЕ (ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ) и его имущественном положении, кроме случаев, предусмотренных законодательными актами РФ.

12.2.20. исполнять иные обязанности, предусмотренные договором (полисом) страхования и настоящими Правилами страхования.

12.3. СТРАХОВЩИК ИМЕЕТ ПРАВО:

12.3.1. требовать от ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ выполнения обязанностей по договору (полису) страхования, включая обязанности, лежащие на СТРАХОВАТЕЛЕ, но не выполненные им при предъявлении ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ требования о выплате страхового возмещения по договору (полису) страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ.

12.3.2. отсрочить страховую выплату, если:

- а) по инициативе СТРАХОВАТЕЛЯ производилась дополнительная экспертиза причин и обстоятельств наступления события, имеющего признак страхового случая. При этом срок страховой выплаты увеличивается на период времени, в течение которого проводилась экспертиза;
- б) по факту события, имеющего признак страхового случая, возбуждено уголовное дело либо начат судебный процесс - до принятия соответствующего решения судом или установления обстоятельств, не препятствующих принятию решения о страховой выплате;
- в) в случае предоставления документов по событию, имеющему признак страхового случая, которые не могут прочтены СТРАХОВЩИКОМ в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, вследствие чего у СТРАХОВЩИКА отсутствует возможность принятия решения по страховому событию;
- г) если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;
- д) если у СТРАХОВЩИКА отсутствует подтверждение права СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) на получение страховой выплаты – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства (ст. 930 ГК РФ).

12.3.3. после принятия всех установленных настоящими Правилами страхования документов по событию, имеющего признак страхового случая, провести собственное расследование, в ходе которого проверить достоверность

информации, обратиться в компетентные органы с запросом об обстоятельствах смерти или несчастного случая, направить ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера получения повреждения, провести независимую экспертизу.

12.3.4. давать письменные рекомендации по уменьшению ущерба, являющиеся обязательными для СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ). Однако данные действия СТРАХОВЩИКА не должны рассматриваться СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) как признание его права на получение страховой выплаты.

12.3.5. отказать СТРАХОВАТЕЛЮ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) в страховой выплате, если:

- СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) предоставил фальсифицированные либо искаженные документы в связи со страховым случаем;
- СТРАХОВАТЕЛЬ (или ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ, которому известно о заключении договора (полиса) страхования в его пользу) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении СТРАХОВЩИКА в предусмотренный договором (полисом) страхования срок указанным в договоре (полисе) страхования способом, 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 выплатить страховое возмещение;
- СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;
- СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) не выполнит какое-либо из обязательств, перечисленных в п. 12.4, 12.7 настоящих Правил страхования.

12.3.6. взыскать со СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) выплаченное страховое возмещение либо его часть, если по вине последнего станет невозможным осуществление перешедшего к СТРАХОВЩИКУ права требования к лицу, ответственному за причиненные убытки.

12.3.7. потребовать признания договора (полиса) страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ, если после заключения договора (полиса) страхования будет установлено, что СТРАХОВАТЕЛЬ сообщил СТРАХОВЩИКУ заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны СТРАХОВЩИКУ.

12.3.8. не пролонгировать договор (полис) страхования на следующий период страхования, в том числе в зависимости от результатов предыдущего страхования.

12.3.9. совершать иные действия в целях выполнения своих обязательств по договору (полису) страхования.

12.4. СТРАХОВАТЕЛЬ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) ОБЯЗАН:

12.4.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором (полисом) страхования.

12.4.2. довести до сведения ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ (их законных представителей) положения настоящих Правил страхования и условия договора (полиса) страхования.

12.4.3. сообщать СТРАХОВЩИКУ об изменении реквизитов банковской карты, указанной СТРАХОВАТЕЛЕМ как средство уплаты страховой премии

(страхового взноса) и в отношении которой было дано СТРАХОВЩИКУ ПОРУЧЕНИЕ, при утрате банковской карты, завершении срока ее использования.

12.4.4. при заключении договора (полиса) страхования сообщать СТРАХОВЩИКУ обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

12.4.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

- а) незамедлительно, в течение 10 (десяти) рабочих дней (если договором (полисом) страхования не установлен иной срок) с момента, когда СТРАХОВАТЕЛЮ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) стало известно о произошедшем событии, уведомить СТРАХОВЩИКА любым доступным способом (по телефону, факсимильной связи или телеграммой), сообщив следующие сведения:
 - номер и дату договора (полиса) страхования (страхового полиса);
 - имеющиеся сведения о произошедшем событии (предполагаемые причины и характер события, предварительный размер ущерба);
- б) принять все возможные меры по предотвращению или уменьшению ущерба;
- в) незамедлительно сообщить в компетентные органы о произошедшем событии;
- г) не позднее 10 (десяти) рабочих дней (если договором (полисом) страхования не установлен иной срок) со дня, когда СТРАХОВАТЕЛЮ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) стало известно о произошедшем событии, представить СТРАХОВЩИКУ письменное заявление о произошедшем событии с подробным описанием всех обстоятельств наступления указанного события, известных СТРАХОВАТЕЛЮ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ);
- д) по требованию СТРАХОВЩИКА сообщить ему в письменном виде всю информацию, необходимую для суждения о причинах, размере нанесенного ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ущерба;
- е) представить СТРАХОВЩИКУ документы, в том числе документы от компетентных органов, подтверждающие факт наступления события, причины и размер причиненного ущерба;
- ж) в случае возмещения ущерба лицом, виновным в его причинении, сообщить об этом СТРАХОВЩИКУ в письменном виде;
- з) уведомлять СТРАХОВЩИКА (как только станет известно СТРАХОВАТЕЛЮ) о действиях любых комиссий, создаваемых для установления причин и определения размера ущерба, для обеспечения участия представителя СТРАХОВЩИКА в этих комиссиях;
- и) в случае необходимости выдать СТРАХОВЩИКУ или его представителю доверенность на защиту прав СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) и ведения дела по урегулированию ущерба.

12.4.6. возратить СТРАХОВЩИКУ полученное страховое возмещение (или его соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам страхования полностью или частично лишает СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) права на страховое возмещение.

12.4.7. по требованию СТРАХОВЩИКА, обеспечить прохождение медицинского обследования ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, для оценки фактического состояния его здоровья.

12.4.8. в случае, если СТРАХОВАТЕЛЬ – юридическое лицо:

- самостоятельно сообщать о бенефициарном владельце, т.е. физическом лице (лицах), которое в конечном счете

прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет) преобладающее участие более 25 процентов в капитале) СТРАХОВАТЕЛЕМ — юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия СТРАХОВАТЕЛЯ. Непредставление сведений СТРАХОВЩИКУ о бенефициарном владельце является сообщением СТРАХОВАТЕЛЯ об отсутствии такового;

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно информировать СТРАХОВЩИКА обо всех изменениях, относящихся к сведениям, сообщенным СТРАХОВАТЕЛЕМ о бенефициарных владельцах, а также не реже 1 (одного) раза в год подтверждать действительность представленных данных. Отсутствие письменного уведомления от СТРАХОВАТЕЛЯ по истечении года с даты представления сведений о бенефициарных владельцах и каждого последующего года означает подтверждение СТРАХОВАТЕЛЕМ действительности и актуальности данных, предоставленных первоначально.

12.4.9. совершать другие действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования и/или договором (полисом) страхования.

12.5. СТРАХОВАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

12.5.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования;

12.5.2. до заключения договора (полиса) страхования получать от СТРАХОВЩИКА информацию, указанную в п. 12.2.1 - 12.2.4, 12.2.13, 12.2.16 Правил страхования.

12.5.3. заменить в Списке ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ уволенных работников на вновь принятых, письменно сообщив об этом СТРАХОВЩИКУ. Страхование уволенных работников прекращается со дня их увольнения, а вновь принятых начинается со дня внесения их в список застрахованных. При этом по соглашению Сторон либо оформляется новый договор (полис) страхования (после расторжения действующего), либо оформляется дополнительное соглашение с уплатой дополнительной страховой премии на срок до окончания действия основного договора (полиса) страхования.

12.5.4. СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО) вправе в течение периода действия договора (полиса) страхования заменить ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, названного в договоре (полисе) страхования, другим лицом. О замене ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, СТРАХОВАТЕЛЬ должен письменно уведомить СТРАХОВЩИКА.

ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ не может быть заменен другим лицом после того, как ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ выполнил какую-либо из обязанностей по договору (полису) страхования либо предъявил СТРАХОВЩИКУ требование о страховой выплате.

12.5.5. назначить страховую сумму по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ и изменить ее в период действия договора (полиса) страхования;

12.5.6. досрочно расторгнуть договор (полис) страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования и действующим законодательством РФ;

12.5.7. в течение срока действия договора (полиса) страхования обратиться к СТРАХОВЩИКУ с просьбой об изменении условий договора (полиса) страхования;

12.5.8. на выплату страхового возмещения при наступлении страхового случая в порядке, установленном настоящими Правилами страхования, договором (полисом) страхования;

12.5.9. получить информацию о СТРАХОВЩИКЕ в соответствии с действующим законодательством РФ.

12.6. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ИМЕЕТ ПРАВО:

12.6.1. требовать от СТРАХОВАТЕЛЯ назначения ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ или его замену по своему усмотрению.

12.6.2. в случае смерти СТРАХОВАТЕЛЯ – физического лица, ликвидации СТРАХОВАТЕЛЯ – юридического лица в порядке, предусмотренном действующим законодательством, а также по соглашению между СТРАХОВАТЕЛЕМ и СТРАХОВЩИКОМ выполнять

обязанности СТРАХОВАТЕЛЯ.

12.6.3. ознакомиться с условиями договора (полиса) страхования.

12.7. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ОБЯЗАНО:

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

12.7.2. информировать СТРАХОВЩИКА в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня вынесения решения учреждения МСЭ об изменении ему группы инвалидности и предоставить заверенную копию акта МСЭ, включая протокол;

12.7.3. пройти по требованию СТРАХОВЩИКА медицинское освидетельствование (в том числе контрольное освидетельствование в учреждении МСЭ).

12.8. Договором (полисом) страхования могут быть предусмотрены и другие обязанности сторон, не противоречащие действующему законодательству РФ.

12.9. Стороны договора (полиса) страхования освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по договору (полису) страхования, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

12.10. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемия и иные явления природы, а также война и военные действия, забастовка в отрасли или регионе.

Возможное неисполнение обязательств по договору (полису) страхования должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

12.11. Сторона договора (полиса) страхования, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону договора (полиса) страхования о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

12.12. Неуведомление или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую Сторону договора (полиса) страхования права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

13. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАК СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

13.1. По настоящим Правилам страхования СТРАХОВЩИК осуществляет страховую выплату СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) на основании АКТА О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ.

Акт о страховом случае формируется на основании заявления СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и иных представленных СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) документов.

Перечень необходимых документов определяется СТРАХОВЩИКОМ в зависимости от события и размера ущерба.

13.2. После поступления СТРАХОВЩИКУ от СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) уведомления о событии, имеющем признаки страхового случая, СТРАХОВЩИК

определяет перечень требуемых документов, из числа предусмотренных в настоящих Правилах страхования.

13.2.1. Порядок приема документов на страховую выплату должен предусматривать фиксацию комплектности получаемых документов, в том числе с использованием имеющихся в распоряжении СТРАХОВЩИКА автоматизированных систем.

13.2.2. При личном обращении получателя страховых услуг СТРАХОВЩИК принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается СТРАХОВЩИКОМ и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов.

13.2.3. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа (через Личный кабинет и/или официальный сайт СТРАХОВЩИКА, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет») СТРАХОВЩИК проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования и/или договора (полиса) страхования) и правильность их оформления. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, СТРАХОВЩИК не имеет права отказать в их приеме.

13.2.4. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия СТРАХОВЩИКОМ решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и/или договора (полиса) страхования, СТРАХОВЩИК обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия СТРАХОВЩИКОМ решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

13.2.5. СТРАХОВЩИК не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения СТРАХОВЩИКОМ указанных документов.

В случае если СТРАХОВЩИК утратил документы по событию, имеющему признак страхового случая, СТРАХОВЩИК не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

13.2.6. В зависимости от обстоятельств наступления события, имеющего признак страхового случая, при необходимости представления дополнительных документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования, для установления места, времени, причин и иных обстоятельств события, предусмотренного договором (полис) страхования, а также размера ущерба, СТРАХОВЩИК имеет право направлять письменный запрос СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) с перечнем требуемых документов.

13.2.7. В случае непредставления СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) СТРАХОВЩИКУ требуемых документов в настоящими Правилами страхования, либо не обеспечения СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ,

ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) условий для проведения независимой экспертизы, если такая экспертиза назначена СТРАХОВЩИКОМ в соответствии с настоящими Правилами страхования, СТРАХОВЩИК имеет право квалифицировать ущерб, не подтвержденный этими документами или экспертизой, как причиненный не в результате страхового случая.

13.3. После того, как СТРАХОВЩИКУ стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, СТРАХОВЩИК, по запросу СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), должен проинформировать СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ):

- обо всех предусмотренных договором (полисом) страхования и/или настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
- о предусмотренных договором (полисом) страхования и настоящими Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре (полисе) страхования.

Указанная информация доводится до СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) в устной, письменной или электронной форме, в том числе через Личный кабинет и/или официальный сайт СТРАХОВЩИКА в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет не исключает предоставление СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем СТРАХОВЩИКА.

13.4. Страховой акт формируется СТРАХОВЩИКОМ после ПРИЗНАНИЯ ФАКТА ПРИЧИНЕНИЯ УЩЕРБА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ страховым случаем и ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА.

13.5. Для получения страховой выплаты ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) должно предоставить СТРАХОВЩИКУ следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и право получения выплаты получателем выплаты:

а) в связи со смертью ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:

- копия (оригинал) договора (полиса) страхования при наличии, в том числе полученного в электронном виде и распечатанного СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) (для договоров (полисов) индивидуального страхования);
- письменное заявление ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ на страховую выплату по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с подробным описанием обстоятельств смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА и с указанием способа получения страховой выплаты (путем перечисления на расчетный счет);
- письменное заявление ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- оригинал свидетельства о смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА или его нотариально заверенная копия;
- оригинал или нотариально заверенная копия справки о смерти из ЗАГСа с указанием установленной причины смерти или копия (выписка) заключительной части

акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом СТРАХОВАТЕЛЯ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом (в случаях если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы); оригинал (или заверенная транспортной компанией (перевозчиком) копия) Акта о несчастном случае с ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ на транспорте, составленный транспортной компанией (перевозчиком) (при наступлении события, указанного в подп. «д» п. 4.3 Правил страхования);
- пассажирский билет и/или посадочный талон или иной документ, его заменяющий (при наступлении события, указанного в подп. «д» п. 4.3 Правил страхования);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ / нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- оригинал распоряжения ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти, или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданного нотариусом;
- копия документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его регистрации;

б) в связи с установлением ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ группы инвалидности:

- копия (оригинал) договора (полиса) страхования при наличии, в том числе полученного в электронном виде и распечатанного СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) (для договоров (полисов) индивидуального страхования);
- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА на страховую выплату по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой установление ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ группы инвалидности, и с указанием способа получения страховой выплаты (путем перечисления на расчетный счет);
- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;
- копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ;
- копия медицинской карты (карт) ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА за весь период

- наблюдения по поводу травмы / заболевания, приведшей(его) к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- для работающих ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ — копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом организации, в которой работает ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО; для учащихся ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ — заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего; для неработающих ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ — копия трудовой книжки (справка из службы занятости в случае необходимости);
 - копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом СТРАХОВАТЕЛЯ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом (в случаях если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу/с работы);
 - оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ / нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
 - копия документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его регистрации;

в) в связи с временной утратой трудоспособности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в результате несчастного случая:

- копия (оригинал) договора (полиса) страхования при наличии, в том числе полученного в электронном виде и распечатанного СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) (для договоров (полисов) индивидуального страхования);
- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА на страховую выплату по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с подробным описанием обстоятельств, приведших к временной утрате ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности, и с указанием способа получения страховой выплаты (путем перечисления на расчетный счет);
- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с

указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);

- при стационарном лечении — оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию); при амбулаторном лечении — оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом организации, в которой работает ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО; для учащихся ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ — заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом СТРАХОВАТЕЛЯ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом (в случаях если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ / нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- копия документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его регистрации;

г) в связи с травмой, тяжкими телесными повреждениями или в связи с переломами или ожогами ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА в результате несчастного случая:

- копия (оригинал) договора (полиса) страхования при наличии, в том числе полученного в электронном виде и распечатанного СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) (для договоров (полисов) индивидуального страхования);

- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА на страховую выплату по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с подробным описанием обстоятельств получения ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ травмы или тяжких телесных повреждений и с указанием способа получения страховой выплаты (путем перечисления на расчетный счет);
- письменное заявление ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА по установленной СТРАХОВЩИКОМ форме с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- при стационарном лечении — оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию); при амбулаторном лечении — оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом СТРАХОВАТЕЛЯ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом (в случаях если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ / нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- копия документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его регистрации;

13.6. В медицинских документах должны содержаться дата и обстоятельства заявленного случая, полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты всех проведенных диагностических исследований, названия лечебных мероприятий, срок временной нетрудоспособности. Диагноз, поставленный ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков).

Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должны быть указаны полные Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, дата рождения / возраст

ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

В случае если ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ является малолетний и право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (копия Свидетельства о рождении малолетнего получателя выплаты, нотариально заверенные копии документов об опекунстве / усыновлении).

В случае если ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ является недееспособный и право на получение страховой выплаты имеет его опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (нотариально заверенные копии документов об опекунстве).

В случае если ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ доверяет получение страховой выплаты третьему лицу, то также должен быть предоставлен оригинал доверенности с правом получения страховой выплаты.

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые СТРАХОВЩИКУ в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые СТРАХОВЩИКУ документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы (апостилированы, если применимо) и/или предоставлен нотариально заверенный перевод.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа СТРАХОВЩИК вправе отказать в выплате страхового возмещения, при этом СТРАХОВЩИК обязан повторно рассмотреть заявленное событие при предоставлении ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ документов надлежащего качества.

13.7. Если по предоставленным ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ / СТРАХОВАТЕЛЕМ документам из числа перечисленных в п. 13.5 Правил страхования установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, то СТРАХОВЩИК вправе запросить у ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, СТРАХОВАТЕЛЯ, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, документы, указанные в п. 13.16 Правил страхования.

В случае если запрашиваемые СТРАХОВЩИКОМ документы не будут предоставлены в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с момента направления запроса, СТРАХОВЩИК вправе отказать в выплате страхового возмещения, при этом СТРАХОВЩИК обязан повторно рассмотреть заявленное событие при предоставлении ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ / СТРАХОВАТЕЛЕМ / правоохранительными органами / медицинскими учреждениями и другими предприятиями и организациями, располагающими информацией об обстоятельствах страхового случая, запрашиваемых документов.

Если ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ / СТРАХОВАТЕЛЕМ предоставлены не все документы, указанные в пп. 13.5, 13.16 Правил страхования, то СТРАХОВЩИК вправе принять решение по заявленному случаю на основании предоставленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия / отсутствия страхового случая и размера страховой выплаты.

В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, предоставленных ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ

(ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ, СТРАХОВАТЕЛЕМ) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности, в том числе и при назначении группы инвалидности, СТРАХОВЩИК вправе направить ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными СТРАХОВЩИКОМ, в местах, обозначенных СТРАХОВЩИКОМ, и за его счет.

13.8. Решение о выплате страхового возмещения либо о полном или частичном отказе в страховой выплате принимается СТРАХОВЩИКОМ в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения последнего из документов, указанных в п. 13.5 Правил страхования, и документов, запрошенных согласно п. 13.7 Правил страхования, в том числе результатов повторных лабораторных и инструментальных исследований или повторных медицинских осмотров ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (если таковые были запрошены), за исключением случая, когда по факту смерти или инвалидности ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА возбуждается уголовное дело.

13.9. СТРАХОВЩИК не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством РФ или договором (полисом) страхования.

13.10. Страховые выплаты осуществляются в российских рублях за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, в том числе валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

13.11. По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, страховая выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

Страховая выплата производится СТРАХОВЩИКОМ путем перечисления денежных сумм на банковский счет получателя.

13.12. Если договором (полисом) страхования не предусмотрено иное, выплата страхового возмещения осуществляется ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ либо ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ.

В случае смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА соблюдается следующий приоритет по выплате страховой суммы:

- а) в первую очередь — указанному в договоре (полисе) страхования ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ. Если в договоре (полисе) страхования указано несколько ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯМ в равных долях;
- б) при отсутствии ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ (не был назначен, умер ранее ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, умер одновременно с ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ) — лицу, указанному в завещании ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА;
- в) при отсутствии получателя по подп. «а», «б» п. 13.12 настоящих Правил страхования — наследнику по закону при предоставлении Свидетельства о праве на наследство.

13.13. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования.

13.14. В случае если ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯМИ являются несколько лиц и если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в договоре (полисе) страхования, то страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕЙ.

13.15. При объявлении судом ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО пропало без вести при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами страхования и договором (полисом) страхования в качестве страховых случаев, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия договора (полиса) страхования. При признании ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

13.16. Перечень документов, которые могут быть запрошены СТРАХОВЩИКОМ для установления факта страхового случая:

- а) заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА;
- б) заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия журнала приемного отделения / травматологического пункта;
- в) заверенная должностным лицом станции скорой медицинской помощи (главный врач, заместитель главного врача) и печатью станции скорой медицинской помощи копия карты вызова скорой медицинской помощи;
- г) заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия направления на медико-социальную экспертизу;
- д) заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия акта (протокола) освидетельствования МСЭ;
- е) оригинал или заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия результатов (акт/протокол) контрольного освидетельствования, проведенного организацией медико-социальной экспертизы;
- ж) данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки — оригиналы; заключение врача-рентгенолога — оригинал; КТ — оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; МРТ — оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; ЭКГ — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭЭГ — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭхоЭГ — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; РЭГ — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; анализы / исследования

- физиологических жидкостей — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия; цитологическое/ гистологическое/морфологическое исследование — заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия; и т. п.);
- з) заверенная должностным лицом МВД / прокуратуры и печатью МВД / прокуратуры копия акта судебно-медицинской экспертизы (исследования) с результатами судебно-химических и иных проведенных исследований;
- и) заверенная должностным лицом учреждения (организации), в которой проводилось исследование, и печатью учреждения (организации) копия акта патолого-анатомического исследования;
- к) заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия посмертного эпикриза;
- л) заверенные сотрудником отдела кадров / управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров / управления персоналом копии листов нетрудоспособности;
- м) заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
- н) копия трудовой книжки (для работающих — заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом и печатью отдела кадров / управления персоналом, для неработающих — без заверения);
- о) оригинал справки из службы занятости;
- п) заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров / управления персоналом копия Акта о несчастном случае на производстве;
- р) заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом и печатью отдела кадров / управления персоналом копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы;
- с) заверенная руководителем организации (учреждения), где проводилась тренировка / соревнование, и печатью организации (учреждения) копия Акта о несчастном случае на тренировке / во время соревнований;
- г) заверенная руководителем учебного заведения и печатью учебного заведения копия Акта о несчастном случае в учебном заведении / по пути в учебное заведение / по пути из учебного заведения;
- у) заверенная руководителем лагеря и печатью лагеря копия Акта о несчастном случае в оздоровительных и иных детских / спортивных / молодежных / образовательных / школьных лагерях;
- ф) заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия справки о ДТП по форме (с приложениями), утвержденной действующим законодательством РФ / нормативными актами;
- х) оригинал или заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия документа, содержащего подробную информацию об обстоятельствах произошедшего с ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ

- события и результатах (в том числе окончательных) расследования;
- ц) заверенная должностным лицом МЧС и печатью МЧС копия справки о пожаре;
- ч) заверенная судом копия решения суда;
- ш) копия паспорта транспортного средства, в котором находился ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО на момент несчастного случая;
- щ) копия водительского удостоверения лица, управляющего транспортным средством, в котором находился ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО на момент несчастного случая;
- ы) копия документа, дающего право ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ использовать транспортное средство, в котором он находился в момент несчастного случая;
- э) копия кредитного договора с графиком платежей;
- ю) справка о задолженности по кредитному договору;
- я) копия доверенности, дающей сотруднику организации право подавать заявления и документы в страховую компанию;
- аа) письменная информация и разъяснения от организаций / учреждений, имеющих сведения о событии, обладающем признаками страхового;
- бб) письменное объяснение ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;
- вв) копия заявления на страхование;
- гг) копия квитанции / платежного поручения об уплате страхового взноса / взносов;
- дд) копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

13.17. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и/или размере ущерба каждая из сторон договора (полиса) страхования имеет право потребовать проведения независимой экспертизы.

Каждая сторона несет расходы за привлеченного ей эксперта.

Если независимая экспертиза назначается СТРАХОВЩИКОМ, в том числе по причине недостаточности сведений для принятия решения о признании либо не признании страхового случая и/или для определения размера ущерба, то СТРАХОВАТЕЛЬ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) обязан обеспечить все возможные, зависящие от него и доступные ему условия для проведения такой экспертизы.

13.18. Решение о признании (либо не признании) заявленного события страховым случаем, принимается СТРАХОВЩИКОМ в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения СТРАХОВЩИКОМ последнего из предусмотренных настоящими Правилами страхования документов, а в случае проведения экспертизы течение срока для принятия решения начинается с момента получения СТРАХОВЩИКОМ результатов экспертизы.

13.19. В случае принятия СТРАХОВЩИКОМ решения о непризнании факта причинения ущерба страховым случаем, а также об отказе в производстве страховой выплаты, СТРАХОВЩИК в течение 5 (пяти) рабочих дней направляет СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) письмо с мотивированным обоснованием принятого решения.

Отказ СТРАХОВЩИКА произвести страховую выплату может быть обжалован СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) в суде.

СТРАХОВЩИК по письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ) в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях СТРАХОВАТЕЛЯ

(ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), направленных на получение страховой выплаты.

13.20. В случае принятия СТРАХОВЩИКОМ решения о признании заявленного события страховым случаем СТРАХОВЩИК оформляет акт о страховом случае, в котором определена сумма страхового возмещения.

13.21. По письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), в том числе полученному в электронной форме, СТРАХОВЩИК в срок, не превышающий 30 (тридцать) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями ФЗ от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», СТРАХОВЩИК после принятия решения о страховой выплате представляет информацию:

- о порядке расчета страховой выплаты;
- исчерпывающий перечень норм права и/или условий договора (полиса) страхования и настоящих Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

СТРАХОВЩИК предоставляет СТРАХОВАТЕЛЮ (ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЮ) по его письменному запросу письменный расчет суммы выплаты с указанием сведений о применении порядка расчета износа застрахованного имущества.

13.22. По письменному запросу СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), в том числе полученному в электронной форме, СТРАХОВЩИК в срок, не превышающий 30 (Тридцать) дней с момента получения такого запроса, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых СТРАХОВЩИКОМ было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

13.23. Страховая выплата производится при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение согласно договору (полису) страхования, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам (полисам) страхования, а также по обязательному социальному страхованию или в порядке возмещения вреда. Страховое возмещение осуществляется в виде страховой выплаты в денежной форме, если иное прямо не указано в договоре (полисе) страхования.

13.23.1. Страховая выплата производится СТРАХОВЩИКОМ в пределах страховой суммы с учетом ограничений и условий, установленных настоящими Правилами страхования и договором (полисом) страхования.

13.23.2. При условии заключения договора (полиса) страхования с применением франшизы страховая выплата производится с учетом установленной по договору (полису) страхования франшизы, в том числе и по случаям полной гибели застрахованного имущества.

13.24. Выплата страхового возмещения производится в течение 10 (десяти) рабочих дней после утверждения СТРАХОВЩИКОМ акта о страховом случае, безналичным путем перечисления денежных средств на банковский счет СТРАХОВАТЕЛЯ (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), если договором (полисом) страхования не предусмотрено иное. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета СТРАХОВЩИКА.

В случае предоставления лицом, обратившимся за страховой выплатой, неверных банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты продлевается до получения СТРАХОВЩИКОМ указанных сведений. При этом

СТРАХОВЩИК уведомляет лицо, обратившееся за страховой выплатой о факте приостановки выплаты страхового возмещения до получения актуальной (верной) информации

13.25. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая составляет:

13.25.1. в результате смерти ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА — 100% страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, за вычетом ранее произведенных выплат по данному страховому случаю в рамках одного договора (полиса) страхования;

13.25.2. в результате постоянной утраты ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности:

- а) при установлении инвалидности I группы — 100% страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, за вычетом ранее произведенных выплат по данному страховому случаю;
- б) при установлении инвалидности II группы — 80% страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, за вычетом ранее произведенных выплат по данному страховому случаю;
- в) при установлении инвалидности III группы — 60% страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, за вычетом ранее произведенных выплат по данному страховому случаю;

г) в случае установления ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ категории «ребенок-инвалид» страховая выплата производится в размере 100% от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ независимо от срока установления инвалидности.

Если по договору страхования ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 календарного года с даты несчастного случая по переосвидетельствованию установлена более тяжелая группа в связи с тем же несчастным случаем, то СТРАХОВЩИК по результатам переосвидетельствования выплачивает разницу между страховой выплатой за более тяжелую группу инвалидности и произведенной выплатой за ранее установленную группу инвалидности.

Если ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 года с даты несчастного случая по переосвидетельствованию установлена более легкая группа в связи с тем же несчастным случаем, страховая выплата по более легкой группе не производится.

Договором (полисом) страхования может быть предусмотрена выплата иного процента от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ по каждой группе инвалидности.

13.25.3. в результате временной утраты ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ трудоспособности - указанный в договоре (полисе) страхования процент от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ, но не ниже 0,1% и не более 1% от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ за каждый день непрерывной нетрудоспособности.

Если иное не предусмотрено договором (полисом) страхования, при страховании на случай временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая (амбулаторное или стационарное лечение) страховая выплата производится из расчета 0,3 % от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с 3 (третьего) календарного дня нетрудоспособности. При этом максимальный период временной нетрудоспособности, за который производится страховая выплата, и/или максимальный размер страховой выплаты за период временной утраты трудоспособности устанавливается равным 90 (девяносто) календарных дней.

Если иное не установлено договором (полисом) страхования, максимальный размер страховой выплаты не может превышать трехкратного среднемесячного дохода

ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА за последний год (12 месяцев) до даты наступления страхового случая, указанного в справке 2-НДФЛ. Если ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО является безработным на момент заключения договора (полиса) страхования, страховая выплата в случае наступления временной утраты трудоспособности не может превышать шестикратного размера минимального размера оплаты труда (МРОТ).

Размер страховой выплаты может также указываться в договоре (полисе) страхования в абсолютном размере.

13.25.4. в результате причинения ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ телесных повреждений - процент от страховой суммы по ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ в соответствии с Таблицей страховых выплат, если иное прямо не предусмотрено договором (полисом) страхования.

В случае если последствия одного несчастного случая подпадают под различные пункты Таблицы страховых выплат, страховая выплата производится по каждому пункту Таблицы страховых выплат, с учетом указанных в Таблице страховых выплат ограничений по размеру страховых выплат в зависимости от характера повреждений.

14. ПЕРЕХОД К СТРАХОВЩИКУ ПРАВ СТРАХОВАТЕЛЯ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ УЩЕРБА (СУБРОГАЦИЯ)

14.1. К СТРАХОВЩИКУ, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные по договору (полису) страхования.

14.2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) обязан передать СТРАХОВЩИКУ все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления СТРАХОВЩИКОМ перешедшего к нему права требования.

14.3. Если СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные СТРАХОВЩИКОМ, или это право требования стало невозможным по вине СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ), СТРАХОВЩИК освобождается от уплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы возмещения.

14.4. В соответствии со статьей 382 Гражданского кодекса РФ, передача прав СТРАХОВАТЕЛЯ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, потерпевшего другому лицу по сделке (уступка требования) в силу условий договора (полиса) страхования, заключенного на основании настоящих Правил страхования, запрещается.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Все споры по договору (полису) страхования, разрешаются путем переговоров Сторон. При недостижении согласия Сторонами споры подлежат рассмотрению в суде по местонахождению СТРАХОВЩИКА.

15.2. В целях защиты своих прав и законных интересов СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) вправе обратиться к Финансовому уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг в порядке, установленном ФЗ N 123-ФЗ от 4 июня 2018 года «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

15.3. При разрешении спорных вопросов положения конкретного договора (полиса) страхования и условия страхования к нему имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил страхования.

15.4. В случае возникновения споров о причинах и размере ущерба каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

15.5. При разрешении споров между СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ, ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ) и СТРАХОВЩИКОМ стороны применяют обязательный претензионный досудебный порядок.

Претензия должна содержать следующие реквизиты: наименование «претензия»; дата и место ее составления; суть требований и обстоятельства, имеющие отношение к событию, имеющему признаки страхового случая, и явившиеся основанием для предъявления претензии; сумма претензии и порядок ее расчета; подпись представителя стороны, имеющей претензию к другой стороне, и документ, подтверждающий его полномочия.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований.

15.6. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично или направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении. Претензии, направленные иным образом, к рассмотрению не принимаются.

15.7. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с даты ее получения.

15.8. Иск по требованиям, вытекающим из договора (полиса) страхования, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности в соответствии с законодательством РФ.

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ
при причинение Застрахованному лицу телесных повреждений
(в % от страховой суммы)

НАСТУПЛЕНИЕ НИЖЕПРИВЕДЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕНО СПРАВКОЙ ТРАВМПУНКТА ИЛИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ИЛИ БОЛЬНИЦЫ, ВЫДАННОЙ НЕ ПОЗДНЕЕ 1 ДНЯ С МОМЕНТА НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

№	ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ	%
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Перелом костей черепа:	
1.1	перелом наружной пластинки костей свода, расхождение шва	5
1.2	перелом свода	15
1.3	перелом основания	20
1.4	перелом свода и основания (в случае открытого перелома дополнительно выплачивается 5%)	25
2.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние	
2.1	субарахноидальное	10
2.2	эпидуральная гематома	20
2.3	субдуральная гематома	25
3.	Повреждение головного мозга	
3.1	сотрясение головного мозга, подтверждённое энцефалограммой и диагностированное невропатологом, при котором требуется лечение в течение 10 дней и более	5
3.2	ушиб головного мозга	10
3.3	не удаленные инородные тела в полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
3.4	размозжение вещества головного мозга	50
4.	Травматическое повреждение нервной системы, повлекшее за собой:	
4.1	парез одной конечности (верхний или нижний монопарез)	30
4.2	геми или парепарез (парез любой пары конечностей)	40
4.3	моноплегию (паралич одной конечности)	60
4.4	тетраплегию (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменция)	70
4.5	геми, пара, тетраплегию, потерю речи, декортикацию, нарушение функций тазовых органов (платежи по пункту 4 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза)	100
5.	Повреждение спинного мозга на любом уровне	
5.1	сотрясение	5
5.2	ушиб	10
5.3	частичный разрыв	50
5.4	полный разрыв	100
6.	Повреждение периферических черепно-мозговых нервов. (Не применяется, если выплата произведена по разделу 1.)	10
7.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового нервных сплетений и их нервов:	
7.1	частичный разрыв сплетения	40
7.2	разрыв сплетения	70
7.3	Разрыв нервов: ветви лучевого, локтевого, пальцевого, срединного (пальцевых нервов)	5
7.4.	Разрыв нервов: на уровне лучезапястного сустава, голеностопного сустава	10
7.5	Разрыв нервов: на уровне предплечья, голени	20
7.6	Разрыв нервов: на уровне плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40

ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ

8.	Паралич аккомодации одного глаза	15
9.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения) одного глаза, повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз)	15
10.	Сужение поля зрения одного глаза:	
10.1	концентрическое	10
10.2	неконцентрическое	15
11.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
12.	Проникающее ранение глазного яблока, иридоциклит, хориоретинит, дефект радужной оболочки	10
13.	Необратимое нарушение функции слезопроводящих путей одного глаза	10
14.	Ожог II – III степени, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела в глазном яблоке или глазнице, рубцы оболочек глазного яблока, не приводящие к снижению зрения. (Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты)	5
15.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения одного глаза. Если установлены патологические изменения по пунктам 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, то выплаты будут произведены не ранее, чем через 3 месяца после травмы при условии подтверждения диагноза; сумма выплат не должна превышать 50% на один глаз	50
16.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением	100
17.	Перелом орбиты	10

ОРГАНЫ СЛУХА

18.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
18.1	рубцовую деформацию или отсутствие ушной раковины до 1/3	5
18.2	отсутствие ушной раковины не менее половины	15
18.3	полное отсутствие ушной раковины	20
19.	Повреждение уха, приведшее к потере слуха	
19.1	травматическое снижение слуха, подтвержденное аудиометрией	5
19.2	полная глухота (разговорная речь – 0) (выплаты по разделам 18, 19 производятся не ранее, чем через 3 месяца со дня травмы при условии подтверждения диагноза. Если предусмотрены выплаты по разделу 18, раздел 49 не применяется. Если предусмотрены выплаты по разделу 19, раздел 20 не применяется.)	25
20.	Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха. (При разрыве барабанной перепонки в результате перелома основания черепа выплата не производится)	5

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

21.	Перелом костей носа, передней стенки гайморовой пазухи, решетчатой кости:	
21.1	без смещения	5
21.2	со смещением	10
22.	Повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс, инородное тело (тела) грудной полости:	
22.1	с одной стороны	5
22.2	с двух сторон	10
23.	Повреждение легкого, повлекшее за собой:	
23.1	легочную недостаточность (по истечении 3-х месяцев со дня травмы)	10
23.2	удаление части, доли легкого	40
23.3	удаление легкого (если предусмотрены выплаты по пунктам 23.2, 23.3, пункт 23.1 не применяется.)	60
24.	Перелом грудины	10
25.	Переломы ребер:	
25.1	трех ребер	3
25.2	каждого следующего ребра (перелом хрящевой части ребра является основанием для выплаты по разд. 25)	2
26.	Проникающее ранение грудной клетки, вызванное травмой	
26.1	при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
26.2	при повреждении органов грудной полости (кроме легкого)	20

27.	Повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости	5
-----	--	---

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

28.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда и крупных магистральных сосудов	25
29.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	35
30.	Повреждение крупных периферических сосудов, которое не повлекло за собой нарушение кровообращения на уровне:	
30.1	плеча, бедра	5
30.2	предплечья, голени	10
31.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность. (если предусмотрены выплаты по разделам 29, 31, разделы 28, 30 не применяются.)	20

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

32.	Переломы челюстей:	
32.1	верхней челюсти, скуловых костей	5
32.2	нижней челюсти, вывих нижней челюсти	5
32.3	перелом двух или более костей или двойной перелом одной кости	10
33.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой:	
33.1	отсутствие части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
33.2	отсутствие челюсти	60
34.	Повреждение языка, полости рта (ожог, ранение, отморожение), повлекшее за собой образование грубых рубцов	3
35.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
35.1	отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
35.2	на уровне средней трети	30
35.3	на уровне корня, полное отсутствие	60
36.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) ротовой полости, глотки, пищевода, желудка. (если в дальнейшем производятся выплаты по разделам 37, 38, выплаты, сделанные по разделу 36, должны быть удержаны.)	5
37.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) пищевода, приведшее к:	
37.1	сужению пищевода	40
37.2	непроходимости пищевода (при наличии гастротомы). (выплаты по разд.37 производятся не ранее, чем через 4 мес. после травмы и при условии подтверждения диагноза. До этого срока выплаты производятся предварительно по разд.36)	100
38.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, повлекшее за собой:	
38.1	спаечную болезнь (состояние после операции по поводу спаечной кишечной непроходимости), рубцовое сужение желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	20
38.2	кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы (при осложнениях травмы, предусмотренных в пунктах 38.1 – 38.2, выплаты производятся не ранее, чем через 3 месяца со дня травмы и при условии подтверждения диагноза. По пункту 38.3 – не ранее, чем через 6 месяцев со дня получения травмы, при условии подтверждения диагноза)	40
39.	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы. (выплаты по разделу 39 производятся дополнительно к выплатам, связанным с травмой органов живота, если грыжа явилась прямым следствием этой травмы. Грыжи, возникшие в результате подъема тяжестей, не дают оснований для выплат.)	5
40.	Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:	
40.1	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	5
40.2	печеночную недостаточность	10
41.	повреждение печени, желчного пузыря в результате травмы, повлекшее за собой:	
41.1	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
41.2	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
41.3	удаление части печени	20
41.4	удаление части печени и желчного пузыря	30
42.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
42.1	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5

42.2	удаление селезенки	30
43.	Повреждение желудка, кишечника, поджелудочной железы, брыжейки, повлекшее за собой:	
43.1	резекцию 1/3 желудка, 1/3 кишечника	25
43.2	резекцию 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 1/3 хвоста поджелудочной железы	35
43.3	резекцию 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 2/3 тела поджелудочной железы	50
43.4	резекцию желудка, 2/3 поджелудочной железы, кишечника	60
43.5	резекцию желудка, кишечника и части поджелудочной железы	90
44.	Повреждение органов живота, в связи с которым была произведена:	
44.1	лапаротомия при подозрении на повреждение органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом)	5
44.2	лапаротомия, при повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом. (выплаты, предусмотренные в п.п. 41 – 44, производятся, если упомянутые в данных пунктах операции осуществлялись непосредственно после и в связи с несчастным случаем) Если предусматривается выплата по разделам 40 – 43, раздел 44 не применяется	10

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

45.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
45.1	ушиб почки, подтвержденный клинико-лабораторными проявлениями, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
45.2	удаление части почки	20
45.3	удаление почки	40
46.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
46.1	острую почечную недостаточность, пиелит, пиелостит	10
46.2	уменьшение объема мочевого пузыря	10
46.3	сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	20
46.4	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи (страховые выплаты по пунктам 46.2 – 46.4 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы и при условии подтверждения диагноза. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, страховая сумма выплачивается по одному из пунктов раздела 46, учитывающему наиболее тяжелое повреждение)	30
47.	Повреждение женской половой системы, приведшее к:	
47.1	потере одной маточной трубы	15
47.2	потере двух яичников, двух маточных труб	20
47.3	потере матки с трубами или без	25
48.	Повреждение мужской половой системы, приведшее к:	
48.1	потере яичка	15
48.2	потере 2-х яичек, части полового члена	20
48.3	потере полового члена	25

МЯГКИЕ ТКАНИ

49.	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, приведшее к:	
49.1	образованию рубцов с площадью от 10 до 19 кв. см	10
49.2	образованию рубцов с площадью от 20 до 30 кв. см	30
49.3	сильному изменению естественного вида лица (обезображиванию) или образованию рубцов с площадью более 30 кв. см. (к косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани.) Решение о выплате по разделу 49 принимается по состоянию застрахованного на дату не ранее 1 месяца со дня травмы.	55
50.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, приведшее к образованию рубцов, а также ожогов III – IV степени и ранений площадью:	
50.1	от 4% до 6% поверхности тела	20
50.2	от 6 % до 8% поверхности тела	25
50.3	от 8% до 10% поверхности тела	30

50.4	10% и более. 1% поверхности тела исследуемого равен площади его ладони и пальцев. Если производятся выплаты за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, переломах костей, пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), раздел 50 не применяется Выплата по разделу 50 производится по состоянию застрахованного на дату не ранее 1 месяца со дня травмы	35
51.	Ожоги мягких тканей туловища и конечностей I – II степени площадью:	
51.1	от 4% до 10% поверхности тела	5
51.2	от 10% и более поверхности тела Выплата по разделу 51 производится по состоянию застрахованного на дату не ранее 1 месяца со дня травмы. Общая сумма выплат по разделам 49, 50, 51 не может превышать 40%	10
52.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10

ПОЗВОНОЧНИК

53.	Перелом или вывих тел, дужек, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
53.1	Одного-двух	15
53.2	трех и более (выплата по разделу 53 производится не ранее, чем через 1 месяц со дня травмы при условии подтверждения диагноза)	25
54.	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок (при сроке лечения менее 14 дней) за исключением копчика В случае рецидива подвывиха позвонка страховое покрытие не выплачивается	5
55.	Перелом поперечных или остистых отростков	
55.1	одного-двух	5
55.2	трех или более (если предусмотрены выплаты по разделу 53, раздел 55 не применяется)	10
56.	Перелом крестца	10
57.	Повреждение копчика:	
57.1	вывих, перелом копчиковых позвонков	5
57.2	удаление копчиковых позвонков вследствие травмы	10

ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА

58.	Перелом лопатки, ключицы, разрыв акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений	
58.1	перелом одной кости или разрыв одного сочленения	5
58.2	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения, перелома-вывих ключицы	10

ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ

59.	Повреждение плечевого сустава (суставной впадины, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, связок, суставной сумки)	
59.1	перелом суставной впадины лопатки, подвывих и полный или частичный разрыв сухожилий, капсулы плечевой сумки, отрывы костных моментов, включая бугорок	5
59.2	перелом двух костей, перелом лопатки, вывих плеча	10
59.3	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелома-вывих плеча, несросшийся перелом (при лечении не менее 9 месяцев)	15
60.	Повреждение плечевого сустава, приведшее к:	
60.1	отсутствию подвижности сустава (анкилозу)	30
60.2	“болтающемуся” плечевому суставу в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей. Выплата по разделу 60 производится по состоянию застрахованного на дату не ранее 6 месяцев со дня травмы; данная выплата является дополнительной. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится. Если выплата была произведена по поводу травмы плечевого сустава по разделу 59, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 60, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 60, с удержанием суммы предыдущей выплаты.	40

ПЛЕЧО

61.	Перелом плечевой кости на любом уровне (кроме суставов)	
61.1	без смещения	10
61.2	со смещением	15
62.	Травматическая ампутация верхней конечности, включая лопатку, ключицу или их части	70

63.	Травматическая ампутация плечевой кости на любом уровне или тяжелое повреждение, приведшее к ее ампутации	65
-----	---	----

ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

64.	Повреждение области локтевого сустава	
64.1	перелом одной кости без смещения отломков, разрыв связок	5
64.2	перелом двух костей без смещения отломков	10
64.3	перелом костей со смещением отломков	15
65.	Повреждение области локтевого сустава, приведшее к:	
65.1	отсутствию подвижности в суставе	30
65.2	“болтающемуся” локтевому суставу (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40

ПРЕДПЛЕЧЬЕ

66.	Перелом костей предплечья	
66.1	одной кости	10
66.2	двух костей	15
67.	Травматическая ампутация или серьезное повреждение, приведшее к ампутации предплечья на любом уровне (если были установлены патологические изменения, оговоренные в разделах 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, величина выплаты не должна превосходить на одну руку на уровне ключицы – 70%, выше локтя – 65%, ниже локтя – 60%)	60

ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ

68.	Повреждение области лучезапястного сустава	
68.1	перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв фрагмента(ов) кости	5
68.2	перелом двух костей предплечья, полный или частичный разрыв связок	10
69.	Внутрисуставные переломы костей лучезапястного сустава, приведшие к отсутствию подвижности сустава (анкилозу) (выплата по разделу 69 производится по состоянию застрахованного на дату не ранее 6 месяцев со дня травмы)	20

КОСТИ КИСТИ

70.	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти	
70.1	перелом одной кости (за исключением ладьевидной)	2
70.2	двух и более костей (за исключением ладьевидной кости), ладьевидной кости	5
70.3	несросшиеся переломы одной или двух костей Выплата по разделу 70.3 производится не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза	10
71.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава. (если были установлены патологические изменения, оговоренные в разделах 69, 70, 71, общая сумма выплат не должна превосходить 55% на одну кисть.)	55

ПАЛЫЦЫ РУКИ. БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ

72.	Перелом фаланги (фаланг), разрыв суставной капсулы	3
73.	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие подвижности Выплаты по разделу 73 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза	5
74.	Травматическая ампутация пальца или повреждение, приведшее к его ампутации на уровне:	
74.1	ногтевой фаланги и межфалангового сустава	5
74.2	основной фаланги, пястнофалангового сустава (потеря пальца)	10
74.3	пястной кости	15

ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЫЦЫ

75.	Перелом фаланги (фаланг), разрыв сухожилий пальца	1
76.	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие подвижности Выплаты по разделу 76 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза	2
77.	Травматическая ампутация или повреждение пальца, приведшее к ампутации:	
77.1	пальца на уровне ногтевой фаланги (потеря фаланги)	2
77.2	пальца на уровне средней фаланги (потеря двух фаланг)	3
77.3	пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	5

77.4	пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца) с пястной костью	10
77.5	всех пальцев одной кисти	50

ТАЗ

78.	Перелом костей таза:	
78.1	перелом крыла	5
78.2	перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	10
78.3	перелом двух и более костей	15
79.	Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:	
79.1	одного-двух	10
79.2	более двух	15

НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

80.	Повреждение тазобедренного сустава:	
80.1	вывих тазобедренного сустава с отрывом костного фрагмента (фрагментов)	3
80.2	полный или частичный разрыв связок, изолированный отрыв вертела (вертелов)	5
80.3	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	15
81.	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:	
81.1	отсутствие подвижности (анкилоз) (выплаты по пункту 81.1 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза)	20
81.2	“болтающийся” сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины)	50

БЕДРО

82.	Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):	
82.1	без смещения отломков	20
82.2	со смещением отломков	25
83.	Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом)	45
84.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
84.1	одной конечности	60
84.2	единственной конечности (если установлены патологические изменения, оговоренные в разделах 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, общая сумма выплат на одну ногу не должна превышать 70% - выше средней части бедра, 60% ниже средней части бедра)	100

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ

85.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
85.1	повреждение мениска (менисков), разрыв связок, отрывы костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малой берцовой кости	5
85.2	перелом межмыщелковых возвышений, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
85.3	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой кости	15
85.4	перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости)	20
86.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
86.1	отсутствие подвижности в колене (выплаты по пункту 86.1 производятся не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза)	30
86.2	“болтающийся” коленный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40

ГОЛЕНЬ

87.	Перелом костей голени (за исключением области суставов)	
87.1	Малоберцовой кости, отрыв костных фрагментов	10
87.2	Большеберцовой кости, двойной перелом малоберцовой кости	15
87.3	Обеих костей, двойной перелом большеберцовой кости	15
88.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее за собой:	
88.1	Экзартикуляцию в коленном суставе	40

88.2	Ампутацию голени на любом уровне Если установлены патологические изменения по разделам 85, 86, 87, 88, общая сумма выплат не должна превышать на одну ногу, ниже колена – 50%, до середины нижней части ноги – 45%	45
------	---	----

ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

89.	Повреждение области голеностопного сустава	
89.1	Разрыв связок, перелом лодыжки или края большеберцовой кости	5
89.2	Перелом обеих лодыжек, перелом лодыжки с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	10
89.3	Перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза с вывихом (подвывихом) ступни	15
90.	Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой	
90.1	отсутствие подвижности сустава (анкилоз) (выплата по пункту 90.1 производится не ранее 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза)	25
90.2	Экзартикуляцию в голеностопном суставе	30
90.3	“болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	35
91.	Разрыв ахиллова сухожилия	2

СТОПА

92.	Повреждение стопы	
92.1	перелом одной, двух костей, разрыв связок (кроме побочной кости)	2
92.2	перелом трех и более костей, пяточной кости	10
93.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне:	
93.1	плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
93.2	всех плюсневых костей	20
93.3	предплюсны	25
93.4	паранной, пяточной костей, голеностопного сустава (потеря стопы) (если установлены патологические изменения, предусмотренные разделами 89, 90, 91, 92, 93, то общая сумма выплат не должна превышать 40% на одну ступню)	35

ПАЛЫЦЫ СТОПЫ

94.	Переломы фаланг (фаланги), повреждение сухожилия (сухожилий) пальца (пальцев) одной стопы:	
94.1	перелом одной фаланги, нескольких фаланг	1
94.2	перелом одной фаланги или нескольких фаланг, трех-пяти пальцев	5
95.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию большого пальца:	
95.1	на уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	2
95.2	на уровне основной фаланги (потеря пальца)	5

Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев

95.3	двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	1
95.4	одного пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	2

ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАВМЫ

96.	Повреждение, повлекшее за собой развитие посттравматического тромбоза, лимфостаза, остеомиелита, нарушение трофики Раздел 96 применяется при тромбозах, лимфостазе и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов), через 6 месяцев со дня травмы при условии подтверждения диагноза. Гнойные воспаления пальцев стоп не дают оснований для применения раздела 96	5
97.	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	10