

**Общество с ограниченной ответственностью
«Международная страховая компания «АйАйСи»**

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО «МСК «АйАйСи»
от 03.09.2024 № 58**

Генеральный директор

Е.Э. Идрисов

Правила страхования подлежат применению с 04.09.2024



**П Р А В И Л А
СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
УЧАСТНИКОВ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Москва

2024

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	9
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	11
4.	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	11
5.	СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	14
6.	ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ИМПЛИКАТИВНЫЙ ПЕРИОД.....	17
7.	ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	18
8.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА.....	19
9.	СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС).....	19
10.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	23
11.	ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ	28
12.	ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	31
13.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	33
14.	ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	35
15.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ) СТОРОН	42
16.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	43
	Таблица размеров страховых выплат	Ошибка! Закладка не определена.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования, и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий (далее по тексту – Договоры страхования), и определяют порядок осуществления страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий.

1.2. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к виду: страхование от несчастных случаев и болезней.

1.3. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками Договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 03.08.2023 № КФНП-26), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27.10.2022 № КФНП-39).

1.4. В случае изменения действующего законодательства Российской Федерации, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве Российской Федерации и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации.

1.5. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.5.1. **Болезнь (заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, диагностированное врачом на основании объективных симптомов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), за исключением разделов: M 84.0-M84.2; S00-T77; T90-T98; V01-Y39.

1.5.2. **Временная утрата трудоспособности** – непрерывный период нетрудоспособности, сопровождающийся освобождением Застрахованного лица от работы и выполнения своих трудовых обязанностей по основному месту работы, по совместительству или при оказании услуг на основании гражданско-правового договора на срок, необходимый для проведения лечения и восстановления работоспособности, завершившийся отметкой «приступить к работе» или «иное» и подтвержденный надлежащим образом выданным листком нетрудоспособности.

1.5.3. **Госпитализация** – проведение курса лечения Застрахованного лица в условиях стационара круглосуточного медицинского наблюдения, необходимость которого вызвана причинением вреда здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая.

1.5.4. **Дата вступления Договора страхования в силу** (далее по тексту также – **дата начала действия страхования**) – дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования.

1.5.5. **Договор страхования** – письменное соглашение, заключенное между Страховщиком и Страхователем в отношении жизни, здоровья Застрахованного лица, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока страхования (периода действия страховой защиты) выплатить Страхователю (Застрахованному лицу) или назначенному им Выгодоприобретателю обусловленную Договором страхования сумму (страховую выплату) в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая) в пределах определенной Договором страхования суммы (страховой суммы), а Страхователь обязуется уплатить обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) в порядке и размере, установленные Договором страхования.

1.5.6. **Договор индивидуального страхования** – Договор страхования, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

1.5.7. **Договор коллективного страхования** – Договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц.

1.5.8. **Застрахованное заболевание (застрахованная болезнь)** – острые сердечно-сосудистые заболевания, соответствующие кодам диагнозов международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): «внезапная смерть (R96.1)»; «внезапная сердечная смерть (I24.8)»; «остановка сердца (I46.1; I46.9)»; «кардиогенный шок (R57.3)»; «нарушение сердечного ритма (I47-I49)»; «острая сердечная недостаточность (без дополнительных уточнений) (I50.9)»; «острый инфаркт миокарда, в т.ч. повторный (I21; I22)»; «тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (I26)»; «гемоперикард (I23.0; I31.2)»; «разрыв аорты с аневризмой или без аневризмы (I71.1, I71.3, I71.5, I71.8)»; «инсульт (I60-I62; I64)»; «инфаркт головного мозга (I63)».

1.5.9. **Застрахованное спортивное событие** – одно или несколько событий, предусмотренных Договором страхования: спортивное соревнование, спортивное мероприятие, спортивная тренировка, спортивные сборы.

1.5.10. **Имплицативный период** – период времени, установленный в Договоре страхования в качестве условия страхования, согласно которому страховым случаем признается событие из числа указанных в Договоре страхования в качестве страховых рисков, наступившее в течение срока страхования или после окончания срока страхования, при условии, что событие, вызвавшее его и указанное в Договоре страхования в качестве такового (например, несчастный случай, диагностированное заболевание), наступило в течение срока страхования и в период действия страховой защиты.

1.5.11. **Инвалидность** – инвалидность I (первой), II (второй) или III (третьей) группы, категория «ребенок-инвалид», которая установлена Застрахованному лицу впервые по стандартам Медико-социальной экспертизы (далее по тексту – «МСЭ») в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Категория «ребенок-инвалид», инвалидность I (первой), II (второй) или III (третьей) группы отвечает определению «инвалидность» при одновременном соблюдении следующих условий:

- установлена на срок не менее 1 (одного) года;
 - установлена в результате последствий несчастного случая, произошедшего во время застрахованного спортивного события в течение срока страхования (в период действия страховой защиты);
 - установлена впервые в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) дней с даты наступления несчастного случая
- или
- установлена повторно в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) дней с даты наступления несчастного случая, при этом документально подтвержден факт усиления впервые установленной группы инвалидности, наступившей в результате этого же

Во всех иных случаях, при условии, что в Справке МСЭ указано на факт установления инвалидности повторно, инвалидность считается установленной повторно и не отвечает определению «инвалидность».

1.5.12. **Ключевой информационный документ (КИД)** – (далее также – **КИД**) – документ, предоставляемый Страховщиком Страхователю – физическому лицу об условиях Договора страхования в форме, установленной Банком России (далее – Ключевой информационный документ) по Договорам страхования, заключаемым с 01.04.2023 и не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности. Это краткая информация об условиях Договора страхования – страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении Договора страхования, досудебном урегулировании споров.

1.5.13. **Несчастный случай** – произошедшее в течение срока действия Договора страхования (в период действия страховой защиты) во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, зафиксированное врачом / уполномоченным врачом (медицинским работником) спортивной организации, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой одно или несколько страховых событий: телесное повреждение, хирургическую операцию, временную утрату трудоспособности, госпитализацию, постоянную утрату трудоспособности, смерть застрахованного лица. Не являются несчастным случаем следствие врачебных ошибок и / или медицинских манипуляций, остро возникшие или хронические болезни (включая застрахованные заболевания) и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, включая, но не ограничиваясь: инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы (или разрывы аневризмы), опухоли, обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, функциональная недостаточность органов, аллергические реакции. Врачом / уполномоченным врачом (медицинским работником) спортивной организации является врач (медицинский работник), работающий непосредственно в спортивной организации и / или уполномоченный оказывать медицинскую помощь участникам застрахованного спортивного события (например, приглашенный врач (медицинский работник) медицинского учреждения, медицинского ассистанса, скорой помощи).

1.5.14. **Опьянение** – состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его суррогатов и / или его заменителей, психотропных, психоактивных, токсических или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).

1.5.15. **Основная причина смерти** – болезнь, патологическое состояние или травма, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, и указаны в любой из рубрик основной причины смерти: основное, конкурирующее, сочетанное, фоновое (включая смертельное осложнение). Сопутствующие состояния и заболевания причиной смерти не являются.

1.5.16. **Период действия страховой защиты** (далее по тексту также – **период действия страхового покрытия, период действия страхования**) – период времени, установленный Договором страхования, в течение которого может произойти событие, повлекшее наступление страхового случая.

1.5.17. **Период ожидания** (далее также – **временная франшиза**) – период времени, предусмотренный Договором страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственности по событиям, происходящим с Застрахованным лицом.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.5.17.1. **Отсроченный период** – период времени от момента заключения Договора страхования до момента вступления Договора страхования в силу (начала срока страхования);

1.5.17.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления Договора страхования в силу (начала срока страхования) до момента начала периода ответственности Страховщика;

1.5.17.3. **Отлагательный период** – период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события (временной утраты трудоспособности или госпитализации, или диагностирования критического заболевания), истечение которого (периода) является одним из условий признания данного события страховым случаем.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания (иные временные франшизы).

1.5.18. **Полномочный представитель** (далее также – уполномоченный представитель) – лицо, которое в силу закона и (или) учредительных документов юридического лица, соответствующей доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.5.19. **Получатель страховых услуг** (далее также – **получатель финансовых услуг**) – физическое лицо, или физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить Договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо, и (или) Выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.

1.5.20. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО «МСК «АйАйСи» (далее по тексту – Страховщик) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» **www.ii-company.ru**, принадлежащий Страховщику и содержащий информацию о деятельности Страховщика, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Официальный сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.5.21. **Смерть** – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность, подтверждённое официальным свидетельством о смерти, выданным отделом ЗАГС или иным уполномоченным на то государственным органом.

1.5.22. **Сопутствующее заболевание** – заболевание (состояние), которое не имеет причинно- следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могут производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия.

1.5.23. **Спортивная тренировка** – организованный спортивной организацией педагогический процесс спортивного совершенствования, направленный на достижение высокого спортивного результата в избранном виде спорта. При спортивной тренировке обязательны врачебный контроль и самоконтроль спортсмена.

1.5.24. **Спортивное соревнование** – состязание (матч) среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания (матча), проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

1.5.25. **Спортивные мероприятия** – спортивные соревнования, а также тренировочные мероприятия, включающие в себя теоретическую и организационную части, и другие мероприятия по подготовке к спортивным соревнованиям с участием спортсменов.

1.5.26. **Спортивные сборы** – спортивные тренировки на протяжении нескольких дней (или недель), которые подразумевают **непрерывную** спортивную подготовку участников, когда от спорта ничего не отвлекает.

1.5.27. **Срок действия Договора страхования** – период времени, установленный Договором страхования, в течение которого действует страхование.

Срок действия Договора страхования является периодом времени, в течение которого наступившие события из числа указанных Договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в Договоре страхования и определяется как разница дат начала и окончания действия Договора страхования, указанных в Договоре страхования.

1.5.28. Срок страхования.

В целях настоящих Правил под сроком страхования понимается:

- а) по Договору индивидуального страхования – срок действия Договора страхования;
- б) по Договору коллективного страхования – срок (период времени), в течение которого действует страхование в отношении конкретного Застрахованного лица в соответствии с условиями Договора страхования. Срок страхования в отношении Застрахованного лица не может выходить за границы начала и окончания срока действия Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Дата начала срока страхования и дата окончания срока страхования указываются в Договоре страхования.

1.5.29. Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком надлежащему лицу (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

1.5.30. Страховая защита (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика произвести страховую выплату надлежащему лицу (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим с Застрахованным лицом в течение установленного Договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который обозначен в Договоре страхования.

1.5.31. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.5.32. Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.5.33. Страховое покрытие (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по страховой выплате, который обозначен в Договоре страхования, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим с Застрахованным лицом в период ответственности Страховщика.

1.5.34. Страховой взнос – часть страховой премии Страхователя при уплате страховой премии в рассрочку.

1.5.35. Страховой продукт (программа страхования) – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил, и предназначенные для заключения типовых Договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий Договора страхования) с определенной категорией Страхователей, объединенных по страховым интересам, видам страховых рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.5.36. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

1.5.37. Страховой случай (страховое событие) – совершившееся событие, предусмотренное страховым риском, указанным в Договоре страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату надлежащему лицу (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

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

1.5.39. Телесное повреждение – причинение вреда здоровью (нарушение физической целостности организма, повреждение органов или заболевание) Застрахованного лица в течение срока страхования, наступившее вследствие несчастного случая,

произошедшего в течение срока страхования, и предусмотренное «Таблицей размеров страховых выплат», являющейся Приложением № 1 к настоящим Правилам.

1.5.40. **Территория страхования** – территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, повлекшее наступление страхового случая.

1.5.41. **Хирургическая операция** – оперативное лечение, выполненное в течение 90 (девяносто) календарных дней в связи с произошедшим с Застрахованным лицом в течение срока страхования несчастным случаем и предусмотренное «Таблицей размеров страховых выплат», являющейся Приложением № 1 к настоящим Правилам. Хирургическая операция подразумевает способ лечения с применением анестезии, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионোжа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения патологии или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая. Хирургическая операция должна быть проведена квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением), имеющего все необходимые разрешения и лицензии. Первичная хирургическая обработка раны и ушивание раны, полученной во время несчастного случая, к хирургической операции не относится.

1.6. Определения терминов и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины и понятия, используемые в Договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.7. В конкретном Договоре страхования или для группы Договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в пункте 1.5 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в различных разделах текста настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.8. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или Договором страхования, то его толкование осуществляется в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации. Если значение какого-либо термина или понятия не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.9. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает Договор страхования со Страхователем в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица.

1.10. Договор страхования может быть заключен, в том числе на условиях отдельных страховых продуктов / программ страхования / оферт, разработанных на основе настоящих Правил. В этом случае настоящие Правила применяются за исключением особенностей, предусмотренных страховым продуктом / программой страхования / офертой.

1.11. Страховщик вправе присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам (программам страхования) или отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.12. Страховщик вправе формировать Полисные условия страхования или выписку (выдержки) из настоящих Правил, сформированные (-ую) на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту (программе страхования) или к условиям конкретного Договора страхования или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилами. Такие Полисные условия или выдержки / выписки из настоящих Правил прилагаются к Договору страхования и являются

1.13. В соответствии с настоящими Правилами не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами Договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи»)), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 3128), зарегистрированное в г. Москва и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности (лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, а также физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей), действующие в пределах их полномочий на основании соответствующих договоров или доверенностей, выданных Страховщиком.

2.4. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо – гражданин Российской Федерации, заключившее со Страховщиком Договор страхования в отношении себя, либо в отношении других физических лиц, либо юридическое лицо любой формы собственности / индивидуальный предприниматель, заключившее (-ий) Договор страхования в отношении физических лиц (Договор коллективного страхования).

2.5. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни, застрахованы по Договору страхования.

2.6. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала срока страхования, установленного по Договору страхования:

- являются лицами, которым не исполнилось 2 года или исполнилось 65 лет¹, если в Договоре страхования не указан иной возраст;
- которым установлена инвалидность категории «ребенок-инвалид», или инвалидность I (первой), II (второй) или III (третьей) группы;
- являются недееспособными лицами;
- являются лицами, которым было диагностировано психическое заболевание, эпилепсия;
- являются ВИЧ инфицированными (больными СПИД);
- страдают хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
- состоят на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере;
- страдают сахарным диабетом;
- являются лицами, которым диагностирован остеопороз 3-й степени;
- перенесшие инфаркт и инсульт головного мозга;
- являются лицами, которым диагностирована гипертоническая болезнь 2-3 стадии

¹ В Правилах страхования понимается, что 2 года и 65 лет (или иной возраст, указанный в Договоре страхования) исполняется Застрахованному лицу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем его рождения.

или 2-3 степени или кризового течения или указана 4 группа риска сердечно-сосудистых осложнений;

- являются лицами, которым диагностирована хроническая сердечная и / или хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 2 или 3 степени либо 3 или 4 функционального класса;
- перенесшие инфаркт миокарда;
- перенесшие операции на сердце (включая стентирование и / или аорто-коронарное шунтирование коронарных артерий);
- являются лицами, которым диагностирована стенокардия, фибрилляции предсердий и / или желудочков, кардиомиопатия;
- страдают судорожными припадками (в т.ч. неуточненными);
- являются лицами, которым диагностирована хроническая обструктивная болезнь легких.

2.7. Условия принятия на страхование, изложенные в пункте 2.6 настоящих Правил, являются существенными условиями Договора страхования и являются заверениями Страхователя об обстоятельствах в силу статьи 431.2 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае если будет обнаружено, что Застрахованное лицо не соответствует условиям принятия на страхование, то Страховщик отказывает в страховой выплате Застрахованному лицу, Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица считается незаключенным, а страховая премия, уплаченная по Договору страхования, подлежит возврату на основании письменного заявления Страхователя. Событие, произошедшее с таким лицом, не будет расцениваться Страховщиком как наступивший страховой случай ввиду несоответствия такого события признаку случайности его наступления (требование абзаца 2 пункта 1 статьи 9 Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»). Возврат страховой премии осуществляется в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя.

2.8. **Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и которое обладает правом на получение страховой выплаты.

2.9. Выгодоприобретателем по Договору страхования является Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица – наследники Застрахованного лица.

2.10. В случаях, когда Выгодоприобретателем является малолетний в возрасте до 14 лет либо несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет, страховая выплата производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации законным представителям Выгодоприобретателя на основании подтверждающих соответствующее право документов либо, в предусмотренных законодательством случаях, самому Выгодоприобретателю с согласия его законных представителей.

2.11. По страховым рискам, кроме рисков «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» или «Смерть Застрахованного лица в результате застрахованной болезни», в случае если Застрахованное лицо умирает, не получив страховую выплату, но заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с приложением документов им были направлены Страховщику, право на получение страховой выплаты принадлежит наследникам Застрахованного лица.

2.12. Страхователь вправе назначить Выгодоприобретателей по Договору страхования как по отдельным, так и по всем страховым рискам. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица.

2.13. По Договору страхования Страхователь вправе заменять одного Выгодоприобретателя другим Выгодоприобретателем, письменно уведомив об этом Страховщика.

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

2.15. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя не

Правила страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по Договору страхования.

2.16. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также связанные со смертью Застрахованного лица в результате несчастного случая и / или застрахованного заболевания.

3.2. Предусмотренные Договором страхования страховые выплаты Страховщик производит Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю независимо от пособий, пенсий и выплат всех видов, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключенным с другими Страховщиками, и сумм, причитающихся Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. В соответствии с настоящими Правилами, с учетом изложенных в разделе 5 настоящих Правил исключений, страховыми рисками являются вероятные события, указанные в пунктах 4.2.1 – 4.2.6 настоящих Правил.

4.2. По Договору страхования могут быть застрахованы следующие страховые риски:

4.2.1. **«Смерть в результате несчастного случая»** – риск причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая во время участия в застрахованном спортивном событии, повлекшего смерть Застрахованного лица;

4.2.2. **«Смерть в результате застрахованной болезни»** – риск причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате острого, внезапного проявления застрахованной болезни, повлекшего смерть Застрахованного лица, при условии, что застрахованная болезнь указана основной или одной из основных причин наступления смерти, включая смертельное осложнение;

4.2.3. **«Инвалидность в результате несчастного случая»** – риск причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая во время участия в застрахованном спортивном событии, повлекшего установление такому Застрахованному лицу инвалидности I (первой), II (второй) или III (третьей) группы или категории «ребёнок-инвалид»;

4.2.4. **«Телесные повреждения в результате несчастного случая»** – риск причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая во время участия в застрахованном спортивном событии и предусмотренного «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам);

4.2.5. **«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»** – риск причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая во время участия в застрахованном спортивном событии, при условии получения телесных повреждений, предусмотренных «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), повлекшего непрерывную временную нетрудоспособность. Непрерывный период временной утраты трудоспособности начинается открытием листка нетрудоспособности с отметкой «первичный» и завершившийся отметкой «приступить к труду»;

4.2.6. **«Госпитализация в результате несчастного случая»** – риск причинения

вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая во время участия в застрахованном спортивном событии, при условии получения телесных повреждений, предусмотренных «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), повлекших госпитализацию в стационар с круглосуточным пребыванием.

4.3. В соответствии с настоящими Правилами, с учетом изложенных в разделе 5 настоящих Правил исключений, страховым случаем является совершившееся событие из числа указанных в пунктах 4.4.1 – 4.4.6 настоящих Правил, предусмотренное Договором страхования, повлекшее обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.4. Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие с Застрахованным лицом, за исключением событий, указанных в разделе 5 настоящих Правил:

4.4.1. По риску «Смерть в результате несчастного случая» – смерть Застрахованного лица, которую повлек несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом во время его участия в застрахованном спортивном событии в течение срока страхования (в период действия страховой защиты), установленного Договором страхования, при условии, что смерть Застрахованного лица наступила в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) дней, исчисляемых с даты наступления этого несчастного случая, и явилась прямым следствием этого несчастного случая.

4.4.2. По риску «Смерть в результате застрахованной болезни» – смерть Застрахованного лица, наступившая во время его участия или после участия до 24.00 этого же дня в застрахованном спортивном соревновании либо в течение 24 часов (календарного дня), следующих за днем участия в застрахованном спортивном соревновании, по причине внезапного проявления застрахованного заболевания, указанного основной или одной или основных причин смерти Застрахованного лица.

4.4.3. По риску «Инвалидность в результате несчастного случая» – установление инвалидности Застрахованному лицу, которое повлек несчастный случай, произошедший во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии в течение срока страхования (в период действия страховой защиты), при условии, что решение МСЭ об установлении соответствующей группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» Застрахованному лицу принято в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) дней с даты наступления этого несчастного случая, и нарушение функций организма и ограничение жизнедеятельности, повлекшие за собой указанное решение МСЭ, явились прямым следствием этого несчастного случая.

4.4.4. По риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» – телесные повреждения Застрахованного лица, указанные в «Таблице размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), полученные в результате несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии в течение срока страхования (в период действия страховой защиты), при условии документального подтверждения, что телесные повреждения явились прямым следствием этого несчастного случая.

4.4.5. По риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» – непрерывная временная нетрудоспособность Застрахованного лица длительностью не менее 4 (четырёх) календарных дней (включительно), наступившая не позднее, чем в течение 14 календарных дней с даты несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, при условии получения Застрахованным лицом телесных повреждений, предусмотренных «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), и подтвержденная листком нетрудоспособности, выданным медицинским учреждением в соответствии действующими на дату открытия листка нетрудоспособности Условиями и порядком формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, утверждёнными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Страховые выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» производятся за каждый подтвержденный день непрерывной временной нетрудоспособности, начиная с 1 (первого) дня, но не более чем за 20 (двадцать) подтвержденных календарных дней нетрудоспособности за один страховой случай.

В случае если Договор страхования заключён на срок не менее 1 (одного) календарного года (365 дней и более), страховые выплаты по страховому риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» производятся не более, чем за 40 (сорок) подтвержденных календарных дней нетрудоспособности за весь срок действия Договора страхования и не более 2 (двух) непрерывных периодов временной нетрудоспособности за весь срок действия Договора страхования.

В случае если в рамках одного непрерывного периода временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая Застрахованное лицо поочередно проходило лечение с разными, не связанными друг с другом последствиями несчастного случая и заболеванием, каждый период нетрудоспособности рассматривается как отдельный случай, определенный в медицинских документах как срок начала и окончания его лечения.

В случае если листок нетрудоспособности закрыт основанием «приступить к труду», но на следующий день открыт новый листок нетрудоспособности по той же причине, Страховщик вправе рассмотреть такое событие как непрерывный период временной утраты трудоспособности.

4.4.6. По риску «Госпитализация в результате несчастного случая» – совершившееся причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, при условии получения телесных повреждений, предусмотренных «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам) и повлекшее госпитализацию Застрахованного лица длительностью не менее 4 (четырех) календарных дней (включительно), наступившую не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней (включительно) с даты несчастного случая.

Страховые выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая» производятся за каждый подтвержденный день непрерывной госпитализации, начиная с 1 (первого) дня, но не более чем за 20 (двадцать) подтвержденных календарных дней стационарного лечения за один страховой случай.

В случае если Договор страхования заключён на срок не менее 1 (одного) календарного года (365 дней и более), страховые выплаты по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая» производятся не более чем за 40 (сорок) подтвержденных календарных дней госпитализации за весь срок действия Договора страхования.

Непрерывный период госпитализации начинается с даты поступления в лечебное учреждение стационарного типа круглосуточного пребывания и заканчивается выпиской из стационара. Перевод из одного стационара в другой стационар для лечения одной и той же патологии или ее осложнений расценивается как один непрерывный период.

4.5. Датой страхового случая является:

4.5.1. По риску «Смерть в результате несчастного случая» – дата смерти Застрахованного лица;

4.5.2. По риску «Смерть в результате застрахованной болезни» – дата смерти Застрахованного лица;

4.5.3. По риску «Инвалидность в результате несчастного случая» – дата установления Застрахованному лицу соответствующей группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид».

4.5.4. По риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» – дата несчастного случая, повлекшего за собой телесные повреждения Застрахованного лица.

4.5.5. По риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» – дата открытия листка нетрудоспособности.

4.5.6. По риску «Госпитализация в результате несчастного случая» – дата первого дня госпитализации.

4.6. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование по конкретному Договору страхования в отношении каждого Застрахованного лица, устанавливается Договором страхования из числа поименованных в п.п. 4.2.1 – 4.2.6 настоящих Правил.

4.7. В случае если основная причина смерти Застрахованного лица содержит комбинированный диагноз, состоящий из застрахованной болезни и несчастного случая, страховая выплата производится только по одному из страховых рисков: «Смерть в результате застрахованной болезни» или «Смерть в результате несчастного случая».

5. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. В любом случае не являются страховыми случаями (исключения из страхования), и Страховщик не производит страховые выплаты в отношении:

5.1.1. Событий, не предусмотренных Договором страхования;

5.1.2. Событий, произошедших вне срока действия Договора страхования (до момента вступления Договора страхования в силу или после прекращения его действия, в том числе досрочного прекращения, за исключением событий, произошедших в имплицативный период, установленный настоящими Правилами);

5.1.3. Событий, произошедших вне территории страхования.

5.2. События, указанные в пунктах 4.2.1 – 4.2.6 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями, если они произошли в результате:

5.2.1. Отравления / интоксикации (острого или хронического) Застрахованного лица алкоголем или его суррогатами, наркотическими веществами, неизвестным ядом, психотропными веществами, неустановленными токсическими веществами или медицинским препаратом, не назначенным надлежащим образом врачом либо в дозировке, превышающей назначенной врачом;

5.2.2. Нахождения Застрахованного лица в состоянии опьянения, а также в результате действия / бездействия Застрахованного лица, находившегося в состоянии опьянения;

5.2.3. Заболевания, вызванного употреблением алкоголя и / или его суррогатов, психотропных, токсических, наркотических веществ или медицинских препаратов, не назначенных надлежащим образом врачом либо в дозировке, превышающей назначенную врачом;

5.2.4. Несчастного случая, прямо или косвенно вызванного психическим заболеванием Застрахованного лица, делирием (абстинентным синдромом), а также событий, произошедших в результате эпилептических и / или судорожных припадков (синдромов);

5.2.5. Несчастного случая, произошедшего не во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, предусмотренном Договором страхования, и / или не зафиксированного ответственным лицом организационного комитета и спортивной организации застрахованного спортивного события;

5.2.6. Несчастного случая, наступившего до начала срока страхования (вне периода действия страховой защиты).

5.3. По риску «Смерть в результате застрахованной болезни» страховым случаем не является:

5.3.1. Смерть в результате несчастного случая;

5.3.2. Смерть в результате заболеваний, не указанных в перечне застрахованных заболеваний (болезней) (п. 1.5.8 настоящих Правил);

5.3.3. События, когда застрахованные заболевания указаны сопутствующим состоянием;

5.3.4. Смерть, если в причине смерти (посмертный диагноз), в разделе смертельного осложнения, указана сердечно-сосудистая недостаточность, но наступившая по основной причине (первоначальная причина смерти) – болезни иной, чем застрахованное заболевание.

Исключением не является острая сердечная или острая сердечно-сосудистая недостаточность (I50.9), указанная как единственная причина смерти в любом разделе посмертного диагноза;

5.3.5. Смерть в результате застрахованной болезни, наступившая до начала участия в застрахованном спортивном соревновании или позднее 24 часов после дня участия в застрахованном спортивном соревновании;

5.3.6. Смерть в результате застрахованной болезни, но при этом Застрахованное лицо не принимало участие в застрахованном соревновании.

5.4. По риску «Инвалидность в результате несчастного случая» страховым случаем не является:

5.4.1. Инвалидность, установленная в результате совокупности телесных повреждений, хотя бы одно из которых: либо нельзя точно идентифицировать по времени и месту его возникновения, либо полученное вне участия в застрахованном спортивном событии;

5.4.2. Инвалидность, установленная по причинам иным, чем телесные повреждения и их осложнения, полученные в застрахованном спортивном событии;

5.4.3. Инвалидность, установленная в результате болезни (заболевания). Исключение не применяется, если в документе освидетельствования в Бюро медико-социальной экспертизы в разделе основная причина (диагноз) указана одна причина – заболевание, и прямо указывается, что заболевание является посттравматическим, возникшим в результате телесного повреждения, полученного при участии в застрахованном спортивном событии.

5.5. По риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» не являются страховыми случаями:

5.5.1. Перелом экзостоза или остеофита, патологические переломы, повреждение и / или миграция металлоконструкции в т.ч. в сочетании с переломом кости, а также повреждения, которые не могут быть идентифицированы по месту и времени их получения / возникновения по имеющимся документам.

Для Договоров страхования, заключенных на срок не менее одного года (365 дней и более), также не являются страховыми случаями: повреждение ранее оперированного мениска, повторные разрывы ранее оперированных связок, привычные вывихи, рецидивы и / или повторные вывихи / подвывихи, повторные переломы (рефрактуры);

5.5.2. Телесные повреждения, не предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам);

5.5.3. Телесные повреждения, не подтвержденные в медицинском учреждении (при судебно-медицинской экспертизе) объективными методами исследований и / или не указанные в заключительном диагнозе.

5.5.4. Телесное повреждение, полученное при обстоятельствах иных, чем во время участия в застрахованном спортивном событии или не подтвержденное документом от организатора застрахованного спортивного события (акт, справка, сертификат) независимо от причин, почему документ не был выдан уполномоченным лицом организатора.

5.6. Не являются страховым случаем по риску «Временная утрата трудоспособности в связи с несчастным случаем» нижеперечисленные события:

5.6.1. Временная утрата трудоспособности по причине иной, чем телесное повреждение предусмотренное «Таблицей размеров страховых выплат (Приложение № 1 к настоящим Правилам), полученное во время застрахованного спортивного события;

5.6.2. Временная утрата трудоспособности, наступившая по причине совокупности телесных повреждений, в т.ч. полученных вне участия в застрахованном спортивном событии;

5.6.3. Временная утрата трудоспособности, при которой полученное телесное повреждение указано сопутствующим диагнозом;

5.6.4. Повторная временная утрата трудоспособности по причине одного и того же несчастного случая;

5.6.5. Временная утрата трудоспособности Застрахованного лица при отсутствии листка нетрудоспособности, независимо от причины, по которой он не был выдан;

5.6.6. Временная утрата трудоспособности Застрахованного лица при отсутствии

подтверждения работодателя о трудоустройстве Застрахованного лица и его отсутствия в указанный период на работе по причине нетрудоспособности (кроме индивидуальных предпринимателей и самозанятых);

5.6.7. Причины временной утраты трудоспособности иные, чем обозначенные кодом 02 (несчастный случай);

5.6.8. Временная утрата трудоспособности при указании в дополнительном коде листка нетрудоспособности причины 21 «Заболевание или травма работника наступили из-за алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с опьянением»;

5.6.9. Дни временной утраты трудоспособности, при наличии отметки в листке нетрудоспособности о нарушении режима (с кодом 23), следующие за такой отметкой, включая дату нарушения режима;

5.6.10. Несчастный случай, ставший причиной временной утраты трудоспособности Застрахованного лица, наступил до начала срока страхования;

5.6.11. Временная утрата трудоспособности Застрахованного лица, наступившая после установления Застрахованному лицу инвалидности в результате заболевания или несчастного случая, по той же причине (диагнозу), начиная с даты установления Застрахованному лицу инвалидности.

5.7. Не являются страховым случаем по риску «Госпитализация в результате несчастного случая» нижеперечисленные события:

5.7.1. Госпитализация по причине иной, чем телесное повреждение, предусмотренное «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), полученное во время застрахованного спортивного события;

5.7.2. Лечение в стационаре дневного пребывания;

5.7.3. Госпитализация, наступившая по причине совокупности телесных повреждений, в том числе полученных вне участия в застрахованном спортивном событии;

5.7.4. Госпитализация, при которой полученное телесное повреждение указано сопутствующим диагнозом;

5.7.5. Повторная госпитализация по причине одного и того же несчастного случая.

5.8. В соответствии со статьями 963, 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

5.8.1. Умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая.

Наличие умысла устанавливается на основании решения суда и (или) соответствующих компетентных органов в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Данное исключение не применяется в случае самоубийства Застрахованного лица, если на момент самоубийства Договор страхования действовал в отношении данного Застрахованного лица не менее двух лет, а также в случае, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства противоправными действиями третьих лиц (кроме Страхователя, Выгодоприобретателя);

5.8.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

5.9. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае:

5.9.1. Если Страхователь, Выгодоприобретатель не уведомили Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в срок и в порядке, установленном настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации, 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 осуществить страховую выплату;

5.9.2. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.10. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе.

Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6. ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ИМПЛИКАТИВНЫЙ ПЕРИОД

6.1. При страховании от несчастных случаев в Договоре страхования устанавливается период действия страховой защиты. Если несчастный случай произошел вне периода действия страховой защиты, указанного в Договоре страхования, то причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, обусловленные данным несчастным случаем, не являются страховыми случаями, и страховые выплаты по ним не производятся.

6.2. В Договоре страхования, заключенном на основании настоящих Правил, могут быть предусмотрены следующие варианты периода действия страховой защиты:

6.2.1. «24 часа в сутки».

Данный период действия страховой защиты начинается с момента вступления Договора страхования в силу, действует круглосуточно все дни срока страхования и заканчивается в момент окончания срока страхования.

6.2.2. «Во время проведения спортивных мероприятий».

Данный период действия страховой защиты распространяется только на период нахождения Застрахованного лица на спортивных мероприятиях, определенных Договором страхования.

6.3. Если в Договоре страхования прямо не указан период действия страховой защиты по страхованию от несчастных случаев, то считается, что установлен период действия страховой защиты «24 часа в сутки».

6.4. Срок страхования устанавливается Договором страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором страхования, Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в установленном Договором страхования размере, до 00 часов 00 минут указанной даты.

6.6. В отношении Застрахованного лица действует срок страхования, установленный для него в Договоре страхования.

Если в Договоре страхования не указан иной срок страхования, то срок страхования Застрахованного лица принимается равным сроку действия Договора страхования.

6.7. При страховании по Договору коллективного страхования сроки страхования устанавливаются для каждого Застрахованного лица:

6.7.1. Начало срока страхования Застрахованного лица не может быть ранее даты вступления в силу Договора страхования, а окончание срока страхования Застрахованного лица не может быть позднее даты окончания срока действия Договора страхования.

6.7.2. Конкретный порядок установления сроков страхования Застрахованных лиц предусматривается Договором коллективного страхования.

6.8. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут местного времени дня, который указан в Договоре страхования как дата его окончания.

6.9. По Договору коллективного страхования страхование в отношении конкретного Застрахованного лица заканчивается в 24 часа 00 минут даты окончания установленного для него срока страхования, а также в отношении Застрахованного лица, по которому произведена страховая выплата в размере его индивидуальной страховой суммы.

6.10. При заключении Договора страхования на срок один и более календарный год (365 дней и более), Договор страхования распространяет своё действие (период действия страховой защиты) исключительно на время проведения застрахованного спортивного события.

6.11. По настоящим Правилам под окончанием срока страхования в определении несчастного случая (пункты 1.5.13 настоящих Правил), заболевания (пункты 1.5.1, 1.5.8 настоящих Правил), страховых рисков и страховых случаев (пункты 4.2.1 – 4.2.6, 4.4.1 – 4.4.6 настоящих Правил), понимается дата окончания срока страхования или дата досрочного прекращения (расторжения) Договора страхования, в зависимости от того, какая из этих дат наступит раньше.

6.12. Настоящими Правилами установлен следующий имплицативный период:

6.12.1. По риску «Смерть в результате несчастного случая» – 365 (триста шестьдесят пять) дней с даты наступления несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии.

6.12.2. По риску «Смерть в результате застрахованной болезни» – 24 часа (календарный день), следующих за днем участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном соревновании, после внезапного проявления застрахованного заболевания, указанного основной или одной или основных причин смерти Застрахованного лица.

6.12.3. По риску «Инвалидность в результате несчастного случая» – 365 (триста шестьдесят пять) дней с даты наступления несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии.

6.12.4. По риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» – не позднее, чем 14 календарных дней с даты несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии.

6.12.5. По риску «Госпитализация в результате несчастного случая» – не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней (включительно) с даты несчастного случая, произошедшего во время участия Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии.

7. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на события из числа указанных в пунктах 4.2.1 – 4.2.6 настоящих Правил, произошедшие в пределах нахождения Застрахованного лица на территории, указанной в Договоре страхования (далее – **территория страхования**).

7.2. В Договоре страхования в качестве территории страхования (п. 1.5.40 настоящих Правил) может быть указана, к примеру, следующая территория:

7.2.1. Территория конкретного здания, помещения или иного места (адрес), указанного в Договоре страхования;

7.2.2. Территория города, населенного пункта, акватории;

7.2.3. Территория Российской Федерации;

7.2.4. Территория отдельного государства или его части;

7.2.5. Территория всего мира.

7.3. Договором страхования из территории страхования могут быть исключены территории, на которых объявлено чрезвычайное положение или проводятся военные действия, а также маневры или иные военные мероприятия, гражданские войны, народные волнения всякого рода или забастовки.

7.4. Если территория страхования не указана в Договоре страхования, то территорией страхования считается территория Российской Федерации.

7.5. Страхование, обусловленное Договором страхования, не распространяется на события, произошедшие за пределами территории страхования, указанной в Договоре страхования.

7.6. Событие, которое произошло не на территории страхования, не является страховым случаем (исключение из страхования).

8. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА

8.1. Размер страховой суммы устанавливается соглашением сторон и указывается в Договоре страхования.

8.2. Страховая сумма по рискам «Смерть в результате несчастного случая», «Смерть в результате застрахованной болезни», «Инвалидность в результате несчастного случая» устанавливается совокупно.

8.3. По Договору коллективного страхования страховые суммы для каждого Застрахованного лица (индивидуальные страховые суммы) указываются в Договоре страхования или в списке Застрахованных лиц, приложенном к Договору страхования.

8.4. В течение срока действия Договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком может изменить количество Застрахованных лиц и их индивидуальные страховые суммы. Порядок внесения данных изменений указывается в Договоре страхования.

8.5. Лимитом возмещения Страховщика является установленный в Договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого Договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие Договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) Договором страхования.

8.6. По Договору страхования, заключённому в соответствии с настоящими Правилами, установлен **агрегатный лимит возмещения Страховщика** (далее также – «агрегатная страховая сумма») – условие страхования, при котором страховая сумма является предельным совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования (в период действия страховой защиты).

Страховая сумма, установленная Договором страхования, уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты наступления страхового события, в результате которого возникла обязанность Страховщика по страховой выплате, если такая выплата не прекращает Договора страхования.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным и прекращает свое действие по риску (группе рисков, полностью) с момента, когда суммарный размер всех произведенных Страховщиком страховых выплат по риску (группе рисков, совокупности всех застрахованных рисков) достигает размера, эквивалентного размеру страховой суммы, установленной по этому риску (группе рисков, совокупности всех застрахованных рисков).

9. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

9.1. При заключении Договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии (страхового взноса), которую должен уплатить Страхователь либо его представитель.

9.2. Размер страховой премии и порядок ее уплаты указывается в Договоре страхования или приложенном к нему списке Застрахованных лиц.

9.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии со стандартами актуарной деятельности.

Страховщик устанавливает страховые тарифы в соответствии с утвержденной им методикой расчета страховых тарифов, содержащей указание на стандарты актуарной деятельности, которые были использованы при определении страховых тарифов.

9.4. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

9.5. Страховая премия по Договору страхования может уплачиваться:

- а) единовременно за весь срок страхования;
- б) в рассрочку в виде нескольких страховых взносов (рассрочка уплаты страховой премии).

9.6. По Договору страхования со сроком страхования менее 1 (одного) года рассрочка уплаты страховой премии не предоставляется, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.7. Порядок и сроки уплаты страховой премии указываются в Договоре страхования.

9.8. Страховая премия может быть уплачена Страхователем или его представителем:

- а) наличными деньгами в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика;
- б) безналичным путем на расчетный счет Страховщика.

При уплате страховой премии в безналичной форме Страхователь обязан в платежном поручении ссылаться на номер Договора страхования, по которому осуществляется уплата страховой премии, и (или) на номер и дату счета, если уплата страховой премии осуществляется на основании выставленного Страховщиком счета.

9.9. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования, считается:

- а) при уплате наличным расчетом – день уплаты страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика либо уполномоченному представителю Страховщика;
- б) при уплате безналичным расчетом – дата поступления страховой премии на расчётный счёт Страховщика.

9.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при рассрочке уплаты страховой премии) в установленный Договором страхования срок, Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение срока, указанного в пункте 9.17.4 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

9.11. Уплата очередного страхового взноса не в полном объеме (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено Договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации. Очередной страховой взнос считается в этом случае неуплаченным.

9.12. В случае неуплаты очередного страхового взноса (уплаты его не в полном объеме) в срок, установленный Договором страхования, Страховщик направляет Страхователю в порядке, предусмотренном разделом 15 настоящих Правил, и способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования, письменное уведомление о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений и о намерении в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования (отказаться от исполнения Договора страхования в одностороннем порядке согласно статье 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации) вследствие неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

В случае если в течение 5 (пяти) календарных дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по уплате очередного страхового

взноса, Договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным для уплаты этого страхового взноса.

При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату. Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения Договора страхования.

В случае уплаты страхового взноса после расторжения Договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения Договора страхования, возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения Договора страхования. В этом случае возврат денежных средств осуществляется Страховщиком в течение срока, указанного в пункте 9.17.5 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

9.13. По соглашению Страховщика и Страхователя-физического лица и только если это прямо предусмотрено Договором страхования (кроме договоров страхования, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности индивидуальными предпринимателями), могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- расторжение Договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Страховщик обязан направить Страхователю в порядке, предусмотренном разделом 15 настоящих Правил, и способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования, письменное уведомление о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений.

9.14. Если на дату наступления страхового случая (за исключением случая смерти Застрахованного лица в результате страхового случая) страховая премия за весь срок страхования уплачена не полностью, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных страховых взносов, то Страхователь, по письменному требованию Страховщика, в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты предъявления такого требования производит уплату страховой премии (недостающей части страховых взносов) до указанной в Договоре страхования величины страховой премии (или годовой величины страховой премии, если Договор страхования долгосрочный).

В случае направления Страховщиком Страхователю требования о досрочной уплате суммы страховой премии до указанной в Договоре страхования величины страховой премии (или годовой величины страховой премии, если Договор страхования долгосрочный), Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате до момента получения указанной в таком требовании суммы страховой премии (страхового взноса). Иные последствия неисполнения требования о досрочной уплате страхового взноса могут быть предусмотрены Договором страхования.

9.15. Договором страхования может быть предусмотрено, что, если страховой случай наступил ранее, чем Страхователь полностью уплатил очередной страховой взнос, не нарушая при этом указанных в Договоре страхования сроков уплаты, то размер подлежащей уплате оставшейся части страховой премии (страховых взносов) Страховщик вычитает из суммы страховой выплаты.

9.16. Договором страхования может быть предусмотрено, что, если на дату наступления страхового случая страховая премия за весь период действия Договора страхования оплачена не полностью, Страховщик вычитает сумму просроченных страховых взносов из суммы страховой выплаты.

9.17. Возврат страховой премии по Договору страхования или ее части осуществляется в следующих порядке и размере:

9.17.1. В случае отказа Страхователя-физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования) в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

9.17.2. В случае отказа Страхователя-физического лица от Договора страхования, не связанного с осуществлением предпринимательской деятельности, в случае непредоставления, предоставления Страховщиком неполной или недостоверной информации о Договоре страхования, при условии отсутствия до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

9.17.3. В случае прекращения Договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения соответствующего письменного заявления Страхователя, если иной срок возврата не установлен Договором страхования.

9.17.4. В случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при рассрочке уплаты страховой премии) возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, полученных в счет страховой премии (первого страхового взноса), производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.17.5. В случае уплаты Страхователем страхового взноса после расторжения Договора страхования возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, уплаченных после даты прекращения Договора страхования, производится за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения Договора страхования, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иной порядок возврата не предусмотрен Договором страхования.

9.17.6. В случае переплаты страховой премии по Договору страхования возврат Страховщиком Страхователю суммы избыточно уплаченной Страхователем страховой премии производится в размере переплаты в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения страховой премии, если иной срок возврата не предусмотрен Договором страхования.

9.17.7. В случае признания Договора страхования недействительным возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после вступления в силу решения суда о признании Договора страхования недействительным, если решением суда не

предусмотрено иное.

9.17.8. В случае если Договор страхования является незаключенным, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после выявления факта незаключения Договора страхования.

9.17.9. В случаях досрочного прекращения Договора страхования, в которых Договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок страхования, отличных от случаев, указанных в пунктах 9.17.1 – 9.17.2 настоящих Правил, возврат Страховщиком Страхователю части уплаченной Страхователем страховой премии производится в объеме, рассчитанном в соответствии с положениями Договора страхования / соглашения сторон, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после досрочного прекращения Договора страхования, если иное не установлено Договором страхования / соглашением сторон.

10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Подписывая Договор страхования, заключенный на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить Договор страхования) предоставил Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в доступной форме полную информацию:

10.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, а также порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

10.1.2. 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).

10.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера.

10.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения Договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении Договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора страхования.

10.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении Договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

10.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.1.7. О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации государственных органов и органов местного самоуправления и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

10.1.8. О порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете

страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении Договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом.

10.1.9. О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

10.1.10. 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 страхования или настоящих Правил.

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

10.2. До заключения Договора страхования Страховщик знакомит Страхователя-физическое лицо (потенциального Страхователя) с Ключевым информационным документом (пункт 1.5.12 настоящих Правил).

10.3. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

10.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора страхования.

10.5. Страховщик при заключении Договора страхования вправе применять разработанные им стандартные формы Договора страхования.

10.6. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение также по следующим существенным условиям Договора страхования:

10.6.1. О Застрахованном лице (лицах);

10.6.2. О характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (о страховом случае);

10.6.3. О размере страховой суммы;

10.6.4. О сроке действия Договора страхования, а также о сроке страхования в отношении Застрахованного лица.

10.7. Для заключения Договора страхования Страхователь в устной или письменной форме сообщает Страховщику следующую информацию:

10.7.1. Сведения о Страхователе – физическом лице (его Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации, номер контактного телефона, адрес электронной почты);

10.7.2. Сведения о каждом Застрахованном лице (его Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации);

10.7.3. Сведения о Выгодоприобретателе, в случае его назначения (его Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные, степень родства);

10.7.4. Наличие обстоятельств, указанных в п. 2.6 настоящих Правил;

10.7.5. Сведения о Страхователе – юридическом лице: наименование, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), адрес местонахождения юридического лица, телефон, банковские реквизиты Страхователя, основной вид деятельности, общее количество работников компании;

10.7.6. Сведения о Страхователе – индивидуальном предпринимателе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации, паспортные данные, номер телефона.

10.8. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным лицом. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

10.9. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя или его уполномоченного представителя, представленного

(заявления) по форме Страховщика.

10.10. Заявление о заключении Договора страхования (далее по тексту – заявление на страхование), если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью Договора страхования.

Письменное заявление на страхование, и документы, прилагаемые к нему, после заключения Договора страхования хранятся у Страховщика.

10.11. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

10.12. Договор страхования в письменной форме (в соответствии с пунктом 2 статьи 434, пунктом 2 статьи 940 Гражданского кодекса Российской Федерации) может заключаться путем:

а) составления одного документа, подписанного от имени сторон уполномоченными лицами;

б) вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления полиса страхования, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом.

В случае, указанном в подпункте «б» настоящего пункта 10.12 Правил, согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем от Страховщика полиса страхования.

10.13. Договор страхования может быть вручен Страхователю любым общедоступным способом.

10.14. В Договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании Договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении Договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание Договора страхования должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

10.15. Не включенные в текст Договора страхования (полиса страхования) условия, содержащиеся в документе, в котором полностью или частично изложены условия страхования (настоящие Правила, Полисные условия страхования, выписка/выдержки из настоящих Правил), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования (полисе страхования) прямо указывается на применение такого документа (настоящих Правил, выписки/выдержек из настоящих Правил или полисных условий страхования). Данные условия должны быть изложены в Договоре страхования (полисе страхования) либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования (полису страхования) как его неотъемлемая часть (в последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования таких условий должно быть удостоверено записью в Договоре страхования).

10.16. Если Страхователь или Страховщик письменно не заявил об ином, то при оформлении страхового полиса, подтверждающего заключение Договора страхования, может применяться аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи понимается графическое и цветное воспроизведение подписи типографским способом или ее воспроизведение при выводе на печать Договора страхования непосредственно из информационной операционной системы Страховщика или его представителя. Использование такого аналога собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика признается Страховщиком и Страхователем надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

10.17. При наличии расхождений между положениями Договора страхования и положениями настоящих Правил преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

10.18. При заключении Договора страхования Страховщик обязан вручить

Страхователю настоящие Правила и (или) иной документ, в котором полностью или частично изложены условия страхования (Полисные условия страхования, выписка/выдержки из настоящих Правил), и который сформирован на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту (программе страхования), и на основе которых заключен Договор страхования.

Факт вручения Страхователю при заключении Договора страхования документа, в котором изложены условия страхования (настоящие Правила, полисные условия страхования или выписка/выдержки из настоящих Правил), на основе которых заключен Договор страхования, удостоверяется записью в Договоре страхования.

В Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

Документ, в котором изложены условия страхования (настоящие Правила, полисные условия страхования или выписка/выдержки из настоящих Правил), может быть вручен Страхователю в том числе путем информирования Страхователя об адресе размещения данного документа на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (например, записью в Договоре страхования ссылки на адрес размещения данного документа на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»), либо путем направления файла в формате «PDF», содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

В случае если документ, в котором изложены условия страхования (настоящие Правила, Полисные условия страхования или выписка/выдержки из настоящих Правил), был вручен Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте 10.18 Правил, без вручения текста данного документа на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены данным документом (настоящими Правилами, полисными условиями страхования или выпиской/выдержками из настоящих Правил). Страхователь имеет право в любой момент действия Договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста указанного документа на бумажном носителе.

10.19. При заключении Договора страхования или в течение срока его действия до наступления страхового случая Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. Любые изменения и дополнения к Договору страхования действуют лишь в том случае, если они оформлены надлежащим образом в письменном виде и подписаны сторонами Договора страхования.

10.20. В случае если отдельные положения настоящих Правил становятся недействительными, т.к. вступают в противоречие с действующим законодательством Российской Федерации, остальные положения настоящих Правил сохраняют силу.

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

10.22. Договор коллективного страхования оформляется в письменной форме путем составления одного документа в двух экземплярах, скрепляется печатями и подписями Страхователя и Страховщика.

10.23. Все изменения и дополнения к Договору страхования должны быть совершены в письменной форме.

10.24. Лицо, заключающее со Страховщиком Договор страхования на основании настоящих Правил, обязано сообщить Страховщику о факте принадлежности данного лица к

категории публичных должностных лиц (ПДЛ) или к категории родственников публичного должностного лица, на момент заключения Договора страхования.

10.24.1. К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

10.24.1.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства; любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; лицо, ранее занимавшее публичную должность, с момента сложения полномочий которой прошло менее одного года.

К иностранным публичным должностным лицам (ИПДЛ) относятся лица², на которых возложено или было возложено ранее (с момента сложения полномочий прошло менее одного года) исполнение важных государственных функций, а именно:

- а) главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;
- б) министры, их заместители и помощники;
- в) высшие правительственные чиновники;
- г) руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- д) государственный прокурор и его заместители;
- е) высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- ж) руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- з) послы иностранных государств;
- и) руководители государственных корпораций;
- к) члены Парламента или иного законодательного органа.

10.24.1.2. **Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО)** – лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности³:

а) руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций, таких как:

- Организация Объединенных Наций (ООН),
- Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
- Экономический и Социальный Совет ООН,
- Организация стран – экспортеров нефти (ОПЕК),
- Международный олимпийский комитет (МОК),
- Всемирный банк (ВБ),
- Международный валютный фонд (МВФ),
- Европейская комиссия,
- Европейский центральный банк (ЕЦБ) и др.

б) члены Европарламента;

в) руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций, таких как:

- Международный суд ООН,
- Европейский суд по правам человека,
- Суд Европейского союза,
- Гаагский трибунал и др.

10.24.1.3. **Российские публичные должностные лица (РПДЛ)** – лица, замещающие

² Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

³ Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

(занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

10.24.2. К родственникам ПДЛ относятся: супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

10.25. Если на момент заключения Договора страхования Страхователь не являлся ПДЛ или родственником ПДЛ, но в течение срока действия Договора страхования стал принадлежать к категории лиц из числа указанных в пункте 10.24 настоящих Правил, то Страхователь обязан сообщить Страховщику о таких изменениях в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня изменений.

10.26. В случае утраты Договора страхования (полиса страхования) в период действия Договора страхования Страхователю, на основании его письменного заявления, выдается дубликат, после чего утраченный Договор страхования (полис страхования) считается недействительным, и рассмотрение претензий при предъявлении утраченного Договора страхования (полиса страхования) не производится. Дубликат Договора страхования (полиса страхования) выдается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты письменного обращения Страхователя.

При повторной утрате Договора страхования (полиса страхования) в период его действия для получения дубликата Договора страхования (полиса страхования) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления Договора страхования (полиса страхования).

10.27. Действие настоящих Правил и Договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям Договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

10.28. Страховщик в процессе заключения и исполнения Договора страхования осуществляет обработку персональных данных физических лиц (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и разделом 11 настоящих Правил.

11. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

11.1. Заключая Договор страхования со Страховщиком – Обществом с ограниченной ответственностью «Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи»)) (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Оператор), адрес местонахождения: Российская Федерация, 111141, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Новогиреево, ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1, Страхователь (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Субъект), тем самым свободно, своей волей и в своем интересе дает Оператору свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Согласие), в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях обработки персональных данных, в объеме перечня персональных данных, перечня действий с персональными данными, на условиях и на срок, указанные в настоящем разделе 11 Правил.

11.2. Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, а

также документом Оператора, определяющим политику в отношении обработки и защиты персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на официальном сайте Оператора по адресу: http://ii-company.ru/new/wp-content/uploads/2023/12/Положение-по-обработке-ПДн_2023.pdf, Субъект ознакомлен и согласен.

11.3. Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес; иные данные, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения Субъектом договоров с Оператором и (или) с лицами (контрагентами), связанными с Оператором договорными отношениями (далее по тексту в рамках раздела 11 настоящих Правил – Партнеры), а также в связи с подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

11.4. Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

11.5. Оператор наделен правом осуществлять обработку указанных в пункте 11.3 настоящих Правил персональных данных, в том числе сформированных в электронном виде на официальном сайте Страховщика (Оператора), с помощью проставления отметок / введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором Договоре страхования (Договорах страхования), включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.

11.6. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь разрешает Оператору передачу его персональных данных Партнерам Оператора, при условии, что у Оператора есть соглашение с указанными Партнерами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Страхователь разрешает Оператору передачу его персональных данных Партнерам Оператора для обработки персональных данных в следующих целях:

11.6.1. В целях заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.2. В целях направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.3. В целях предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

11.6.4. В целях маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, повышения уровня клиентоориентированности Оператора и Партнеров, повышения уровня лояльности Субъекта, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров на рынке, в том числе путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи;

11.6.5. В целях обновления или дополнения персональных данных сведениями из кредитной истории Страхователя, автоматизированной информационной системы страхования (АИС Страхование) и открытых источников;

11.6.6. В целях проверки качества и совершенствования процесса оказания услуг.

Такая передача может быть осуществлена в том числе посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных.

11.7. Персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в следующих целях:

11.7.1. В целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между Страхователем и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия; осуществления Страховщиком права требования, перешедшего к Страховщику в порядке суброгации, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страховой выплаты; перестрахования принятых Страховщиком на страхование рисков Субъекта;

11.7.2. В целях повышения уровня клиентоориентированности Оператора и Партнеров, повышения уровня лояльности Субъекта, продвижения услуг Оператора и Партнеров на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи;

11.7.3. В целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников;

11.7.4. В целях проверки качества и совершенствования процесса оказания услуг.

11.8. Страхователь также дает Согласие на получение рекламы продуктов и услуг Оператора и Партнеров, действующих в качестве рекламодателей и (или) рекламораспространителей, в том числе по сетям электросвязи, в том числе посредством использования телефонной и подвижной радиотелефонной связи.

11.9. Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

11.10. Согласие может быть отозвано полностью или частично (например, в части информирования о других продуктах и услугах Оператора и (или) Партнеров) посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), личного кабинета на официальном сайте Оператора (при наличии технической возможности). В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

11.11. Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем Согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

11.12. Страхователю разъяснено, что при отзыве им Согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

11.13. Страхователь также гарантирует наличие аналогичных Согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и Партнерам Оператора, в том числе в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения Страхователем договоров с Оператором и Партнерами Оператора, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

Страхователь гарантирует информирование лиц, указанных в настоящем пункте 11.13 Правил, о составе их персональных данных, переданных Оператору и Партнерам Оператора.

Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Оператору указанные в настоящем пункте 11.13 Правил Согласия на обработку

персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации. Страхователь несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, указанного в настоящем пункте 11.13 Правил.

11.14. Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

12. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Действие Договора страхования прекращается по следующим основаниям:

12.1.1. Истечение срока действия Договора страхования – с 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата его окончания, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное.

12.1.2. Исполнение Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме – с 24 часа 00 минут дня исполнения обязательств.

12.1.3. По соглашению сторон Договора страхования.

12.1.4. Неуплата очередного страхового взноса в установленные Договором страхования срок и размере, если Страховщиком и Страхователем в письменной форме не было согласовано изменение срока уплаты страховой премии (взносов).

В случае неуплаты очередного страхового взноса по Договору индивидуального страхования или в случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) за каких-либо Застрахованных лиц по Договору коллективного страхования в размере и сроки, установленные Договором страхования, действие Договора страхования или страхование в отношении данных Застрахованных лиц прекращается по письменному уведомлению Страховщика, направленному в адрес Страхователя. Датой досрочного прекращения Договора страхования или датой прекращения страхования в отношении Застрахованного лица по Договору коллективного страхования будет являться дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Досрочное прекращение Договора страхования или действия страхования в отношении Застрахованного лица по Договору коллективного страхования по причине неуплаты страховой премии (страхового взноса) не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию (страховые взносы) за период, в течение которого действовало страхование в отношении данного Застрахованного лица.

Если до момента досрочного прекращения Договора страхования или прекращения страхования в отношении Застрахованного лица по Договору коллективного страхования наступит страховой случай, страховая выплата производится за вычетом неуплаченной страховой премии (страхового взноса) за Застрахованное лицо, с которым произошел страховой случай.

12.1.5. Если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. По Договору коллективного страхования в этом случае прекращается страхование в отношении того Застрахованного лица, у которого возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В отношении других Застрахованных лиц Договор коллективного страхования продолжает действовать.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии подлежит возврату Страхователю (или его наследникам, если он сам являлся Застрахованным лицом).

12.1.6. При отказе Страхователя от Договора страхования, если возможность

наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по основаниям иным, чем страховой случай. Уплаченная страховая премия не подлежит возврату, за исключением обстоятельств, описанных в пунктах 12.3 и 12.4 настоящих Правил;

12.1.7. По иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

12.2. Расторжение Договора страхования при отказе Страхователя от Договора страхования производится на основании оригинала письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с собственноручной подписью Страхователя (далее – Заявление об отказе), полученного Страховщиком. При непосредственной подаче Страхователем Заявления об отказе Страховщику, Страхователь должен для установления его личности предъявить паспорт (при этом Страховщик вправе изготовить копию паспорта Страхователя), а при направлении Заявления об отказе Страховщику посредством АО «Почта России» Страхователь должен приложить к Заявлению об отказе копию своего паспорта (разворота с фотографией Страхователя).

12.3. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования.

В случае отказа Страхователя – физического лица (или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица) от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при условии отсутствия в этом периоде событий, имеющих признаки страхового случая:

12.3.1. Страховщик возвращает Страхователю (законному наследнику в случае смерти Страхователя – физического лица) уплаченную страховую премию в порядке, установленном настоящим пунктом Правил, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае если Страхователь или законный наследник в случае смерти Страхователя – физического лица отказался от Договора страхования в срок, установленный пунктом 12.3 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю (или законному наследнику Страхователя – физического лица) в полном объеме.

В случае если Страхователь или законный наследник в случае смерти Страхователя – физического лица отказался от Договора страхования в срок, установленный пунктом 12.3 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю или законному наследнику Страхователя – физического лица вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

12.3.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком от Страхователя или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица письменного заявления об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 12.3 настоящих Правил.

12.3.3. Страховщик возвращает Страхователю или законному наследнику Страхователя – физического лица страховую премию по выбору Страхователя / законного наследника Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в соответствии с пунктом 9.17.1 настоящих Правил.

12.4. Особые условия отказа Страхователя-физического лица от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Ключевого информационного документа, либо предоставления неполной или недостоверной информации в части его содержания⁴.

⁴ См. пункты 1.5.12 и 10.2 настоящих Правил.

Особые условия отказа Страхователя-физического лица от Договора страхования, изложенные в настоящем пункте Правил, действуют только в отношении Договоров страхования, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, заключаемых с 01.04.2023.

При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В этом случае Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом Правил производится по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в соответствии с пунктом 9.17.2 настоящих Правил.

12.5. Положения пункта 12.3 настоящих Правил применяются при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая. Пункт 12.3 настоящих Правил не применяется в том числе если Страхователем (Выгодоприобретателем) реализовано право на обращение с заявлением о выплате страхового возмещения до момента отказа от Договора страхования.

12.5.1. В случае если после возврата страховой премии Страховщику заявлен страховой случай, имевший место до прекращения такого Договора страхования, Страховщик вправе требовать возврата полученной Страхователем в результате прекращения Договора страхования страховой премии.

13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13.1. Страхователь имеет право:

13.1.1. Ознакомиться с настоящими Правилами и получить любые разъяснения по Договору страхования и положениям, содержащимся в настоящих Правилах.

13.1.2. Заключить Договор страхования в пользу третьих лиц (Выгодоприобретателей) с согласия Застрахованного лица.

13.1.3. Обратиться к Страховщику с предложением об изменении условий Договора страхования в порядке, предусмотренном Договором страхования.

13.1.4. Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

13.1.5. Получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;

13.1.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

13.1.7. Требовать от Страховщика исполнения его обязанностей по Договору страхования в соответствии с условиями Договора страхования.

13.1.8. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством;

13.1.9. Отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, и если Выгодоприобретатель не предъявил требование о страховой выплате.

13.1.10. Получить по запросу копию Договора страхования (полиса страхования) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (настоящих Правил, полисных условий, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования).

13.1.11. Получить страховую выплату при наступлении страхового случая в

соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил.

13.1.12. Получить бесплатно по запросу один раз по одному Договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

13.2. Страхователь обязан:

13.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные настоящими Правилами и Договором страхования;

13.2.2. В течение срока действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю изменениях в персональных данных Застрахованного лица: Ф.И.О. Застрахованного лица, паспортных данных Застрахованного лица, адресе проживания Застрахованного лица;

13.2.3. Если Страхователь является Застрахованным лицом, принять возможные меры к предотвращению увеличения вреда здоровью, причиненного несчастным случаем или застрахованной болезнью.

13.2.4. При предъявлении требования о страховой выплате предоставить оригиналы или должным образом заверенные копии документов, подтверждающих дату, факт наступления и обстоятельства заявленного имеющего признаки страхового случая события с Застрахованным лицом.

13.3. Страховщик имеет право:

13.3.1. Проверять полноту и достоверность информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

13.3.2. Отсрочить страховую выплату, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, назначена дополнительная проверка или проведение экспертизы, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс до окончания проверки, экспертизы, расследования или судебного разбирательства;

13.3.3. Отказать в страховой выплате в случаях и в порядке, определенном настоящими Правилами.

13.4. Страховщик обязан:

13.4.1. Ознакомить Страхователя и вручить ему настоящие Правила, ознакомить с условиями Договора страхования;

13.4.2. Разъяснить Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю), а также лицам, имеющих намерение заключить Договор страхования, положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре страхования, а также предоставить информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации и базовыми стандартами, поименованными в п. 1.3 настоящих Правил.

13.4.3. До заключения Договора страхования с физическим лицом Страховщик предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить Договор страхования, информацию (в виде ключевого информационного документа⁵) в соответствии с п. 10.2 настоящих Правил.

13.4.4. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе) и его имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

13.4.5. Обеспечить конфиденциальность переданных Страхователем в соответствии с настоящим Договором персональных данных Застрахованных лиц и безопасность этих персональных данных при обработке;

13.4.6. Выдать Страхователю дубликат Договора страхования в случае его утраты;

13.4.7. Страховщик при заключении Договора страхования обязан предоставить Страхователю настоящие Правила, программы, полисные условия, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования.

⁵ В соответствии с п. 1.5.12 настоящих Правил.

13.4.8. По запросу Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), Страховщик один раз по одному Договору страхования бесплатно обязан предоставить заверенный расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования.

13.4.9. Принять решение о признании или непризнании события страховым случаем в срок и в порядке, предусмотренным в пункте 14.13 настоящих Правил;

13.4.10. Произвести страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем принятия положительного решения о страховой выплате и составления страхового акта.

13.4.11. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе (Застрахованном лице), Выгодоприобретателе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

13.5. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с учетом положений раздела 11 настоящих Правил.

13.6. Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) имеют права и обязанности, предусмотренные иными разделами настоящих Правил и (или) Договором страхования и (или) действующим законодательством Российской Федерации, а также иные сроки уведомлений и сообщений, предусмотренных разделом 15 настоящих Правил.

13.7. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по Договору страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по Договору страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в размере денежного исполнения переданного права и (или) обязанности, в соответствии с частью 3 статьи 388 Гражданского кодекса Российской Федерации.

14. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

14.1. При наступлении страхового случая по страховому риску «Смерть в результате несчастного случая» (п. 4.2.1 настоящих Правил) или «Смерть в результате застрахованной болезни» (п. 4.2.2 настоящих Правил) или «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 4.2.3 настоящих Правил) при установлении I (первой) группы инвалидности, страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы установленной в Договоре страхования на дату его заключения в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай и уменьшенной на сумму всех ранее произведенных выплат по риску «Инвалидность в результате несчастного случая» при установлении II (второй) или III (третьей) группы инвалидности.

14.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 4.2.3 настоящих Правил), страховая выплата производится:

- при установлении категории «ребенок-инвалид» – 100 % страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату его заключения в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай;

- при установлении I (первой) группы инвалидности – 100 % страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату его заключения в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай и уменьшенной на сумму всех ранее произведенных выплат по риску «Инвалидность в результате несчастного случая» при установлении II (второй) или III (третьей) группы инвалидности;

- при установлении II (второй) группы инвалидности – 80% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату его заключения в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай и уменьшенной на сумму ранее произведенной выплаты по риску «Инвалидность в результате несчастного случая» при установлении

III (третьей) группы инвалидности;

— при установлении III (третьей) группы инвалидности – 60% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату его заключения в отношении Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай.

Страховая выплата не может превышать 100% страховой суммы, установленной по страховому риску «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 4.2.3 настоящих Правил).

14.3. При наступлении страхового случая по страховому риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (п. 4.2.4 настоящих Правил), Страховщик производит страховую выплату единовременно в размере, предусмотренном «Таблицей размеров страховых выплат» (Приложение № 1 к настоящим Правилам) по страховому риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая».

14.4. При наступлении страхового случая по страховому риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» (п. 4.2.5 настоящих Правил):

— в случае если Договор страхования заключён на срок не менее 1 (одного) календарного года (365 дней и более) Страховщик производит страховую выплату единовременно, начиная с 1-го дня непрерывной нетрудоспособности, но не более чем за 20 дней нетрудоспособности по одному страховому случаю в размере 2,5% от страховой суммы, определенной в Договоре страхования для страхового риска «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая», не более 40 подтвержденных календарных дней нетрудоспособности за срок действия Договора страхования и не более двух непрерывных периодов временной нетрудоспособности за срок действия Договора страхования;

— в случае если Договор страхования заключён на срок менее 1 (одного) календарного года (менее чем на 365 дней), Страховщик производит страховую выплату единовременно, начиная с 1-го дня непрерывной нетрудоспособности, не более чем за 20 дней нетрудоспособности по одному страховому случаю в размере 5% от страховой суммы, определенной в Договоре страхования для страхового риска «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая», и не более одного непрерывного периода временной нетрудоспособности за срок действия Договора страхования.

Страховая выплата не может превышать 100% страховой суммы, установленной для данного риска.

14.5. При наступлении страхового случая по риску «Госпитализация в результате несчастного случая» (п. 4.2.6 настоящих Правил):

— в случае если Договор страхования заключён на срок не менее 1 (одного) календарного года (365 дней и более) Страховщик производит страховую выплату единовременно начиная с 1-го дня непрерывной госпитализации, но не более чем за 20 дней госпитализации по одному страховому случаю в размере 2,5% от страховой суммы, определенной в Договоре страхования для страхового риска «Госпитализация в результате несчастного случая», не более 40 подтвержденных календарных дней госпитализации за срок действия Договора страхования и не более двух непрерывных периодов госпитализации за срок действия Договора страхования;

— в случае если Договор страхования заключён на срок менее 1 (одного) календарного года (менее 365 дней) Страховщик производит страховую выплату единовременно, начиная с 1-го дня непрерывной госпитализации, не более чем за 20 дней госпитализации по одному страховому случаю в размере 5% от страховой суммы, определенной в Договоре страхования для страхового риска «Госпитализация в результате несчастного случая», и не более одного непрерывного периода госпитализации за срок действия Договора страхования.

Страховая выплата не может превышать 100% страховой суммы, установленной для данного риска.

14.6. Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель, намеренный воспользоваться правом на получение страховой выплаты, обязан уведомить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, любым доступным способом в

разумные сроки, но не позже, чем в течение 30 (тридцати) дней с момента, когда Застрахованному лицу (Страхователю) или Выгодоприобретателю стало известно о наступлении соответствующего события.

14.7. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента уведомления Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованным лицом (Страхователем) или Выгодоприобретателем Страховщик обязан затребовать у Застрахованного лица (Страхователя) или Выгодоприобретателя один или несколько документов из числа перечисленных в п.п. 14.7.1, 14.7.5 настоящих Правил, а Страхователь или Выгодоприобретатель для получения страховой выплаты должны их представить Страховщику:

14.7.1. В случае смерти Застрахованного лица:

- заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- копию паспорта Выгодоприобретателя / наследника по закону, а в случае, если Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, или наследником является несовершеннолетнее лицо – копию свидетельства о рождении;
- в случае если Выгодоприобретателем является наследник Застрахованного лица, документ, подтверждающий наследственные права (свидетельство о рождении, справка от нотариуса об открытии наследственного дела и включении Выгодоприобретателя в круг наследников);
- свидетельство о смерти Застрахованного лица, выданное органом ЗАГС или иным уполномоченным на то государственным органом, или его нотариально заверенная копия;
- окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного лица, выдаваемое медицинским учреждением, где была зарегистрирована смерть с указанием причины смерти. Под причиной смерти понимаются установленные документально и описанные специалистом: болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти; патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины; первоначальная причина смерти; при травмах и отравлениях: внешняя причина либо одна или несколько причин, указанных судебно-медицинским экспертом как основная причина смерти;
- оригинал документа (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, выданный спортивной организацией (организатором спортивного события); в случае получения Застрахованным лицом во время участия в застрахованном спортивном событии телесного повреждения документ (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, который должен содержать подробное указание времени получения и перечень зафиксированных медицинским работником спортивной организации телесных повреждений;
- заключение судебно-медицинской экспертизы трупа с результатами гистологического и химико-токсикологического исследования (при смерти вне лечебного учреждения или смерти в лечебном учреждении, требующей расследования ее причин);
- посмертный эпикриз и акт патологоанатомического исследования с указанием посмертного диагноза (при смерти в стационаре);
- нотариально заверенную копию свидетельства о праве на наследство (в случае, если в Договоре страхования не указан Выгодоприобретатель);
- копию паспорта получателя страховой выплаты;
- банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;
- информацию, запрошенную Страховщиком в целях идентификации Выгодоприобретателя согласно Федеральному закону от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

14.7.2. В случае установления инвалидности Застрахованному лицу:

- заявление установленного Страховщиком образца о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена страховая выплата;
- нотариально заверенную копию справки МСЭ об установлении Застрахованному лицу впервые категории «ребенок-инвалид» или присвоении Застрахованному лицу I (первой)

или II (второй) или III (третьей) группы инвалидности впервые, либо вместе со справкой МСЭ об установлении инвалидности I (первой) или II (второй) группы повторно – нотариально заверенную копию справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу III (третьей) группы инвалидности за весь период вплоть до установления инвалидности I (первой) или II (второй) группы повторно (согласно определению инвалидности);

- копию, заверенную Бюро МСЭ, протокола освидетельствования в Бюро МСЭ содержащую полный анамнез и основной диагноз, ставший причиной установления группы инвалидности в результате несчастного случая и / или его последствий;

- оригинал документа (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, выданный спортивной организацией (организатором спортивного события); в случае получения Застрахованным лицом во время участия в застрахованном спортивном событии телесного повреждения документ (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, который должен содержать подробное указание времени получения и перечень зафиксированных медицинским работником спортивной организацией телесных повреждений;

- выписку из медицинской карты амбулаторного больного и / или выписку из травматологического пункта и / или выписной эпикриз стационарного больного из лечебного учреждения, осуществлявшего лечение пациента в связи с несчастным случаем, ставшим причиной установления инвалидности. В документе должны быть указаны: дата и обстоятельства несчастного случая, период лечения, клинический диагноз, результаты обследования, проведенное лечение;

- снимки или записи на электронных носителях и описание с заключением рентгенологического исследования, МРТ, МСКТ, УЗИ и др. дополнительных методов исследований, подтверждающих установленный диагноз, а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;

- копию паспорта или свидетельства о рождении Застрахованного лица (для лиц младше 14 лет);

- банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;

- копию паспорта получателя страховой выплаты;

- информацию, запрошенную Страховщиком в целях идентификации Выгодоприобретателя согласно Федеральному закону от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

14.7.3. В случае причинения телесных повреждений в результате несчастного случая:

- письменное заявление о страховой выплате с подробным описанием времени, даты и обстоятельств несчастного случая, механизма получения телесных повреждений;

- оригинал документа (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, выданный спортивной организацией (организатором спортивного события); в случае получения Застрахованным лицом во время участия в застрахованном спортивном событии телесного повреждения документ (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, который должен содержать подробное указание времени получения и перечень зафиксированных медицинским работником спортивной организацией телесных повреждений;

- справку из травматологического пункта, выписку из амбулаторной карты или выписку из истории болезни (выписной эпикриз) или заверенную лечебным учреждением копию карты стационарного больного, выданные медицинским учреждением, куда было доставлено Застрахованное лицо для оказания первой медицинской помощи, с указанием даты обращения и клинического диагноза, заключения диагностических методов исследований, предписанного и проведенного лечения, заверенную подписью руководителя медицинского учреждения, выдавшего документ, и печатью медицинского учреждения;

— снимки или записи на электронных носителях и описание с заключением рентгенологического исследования, МРТ, МСКТ, УЗИ и др. дополнительных методов исследований, подтверждающих установленный диагноз, а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;

— копию паспорта Выгодоприобретателя;

— копию паспорта или свидетельства о рождении Застрахованного лица (для лиц младше 14 лет);

— банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;

— копию паспорта получателя страховой выплаты;

и) информацию, запрошенную Страховщиком в целях идентификации Выгодоприобретателя согласно Федеральному закону от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

14.7.4. В случае временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая:

— заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена страховая выплата;

— оригинал документа (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, выданный спортивной организацией (организатором спортивного события); в случае получения Застрахованным лицом во время участия в застрахованном спортивном событии телесного повреждения документ (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, который должен содержать подробное указание времени получения и перечень зафиксированных медицинским работником спортивной организацией телесных повреждений;

— при амбулаторном лечении: оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного, за указанный Страховщиком период времени, содержащий сведения об истории развития болезни, окончательном диагнозе, сроках лечения, выданном листке нетрудоспособности;

— при стационарном лечении: выписной эпикриз за период стационарного лечения, содержащий сведения об истории развития болезни, окончательном диагнозе, сроках лечения, выданном листке нетрудоспособности;

— ЭЛН (электронные листки нетрудоспособности), включая части заполненные лечебным учреждением и работодателем. Работодатель заверяет ЭЛН (печать организации и подпись руководителя).

Для индивидуальных предпринимателей и самозанятых:

— листки нетрудоспособности, заверенные соответствующей документу печатью лечебного учреждения;

— для самозанятых – справка о постановке на учет по форме КНД 1122035 с электронной подписью Федеральной налоговой службы;

— для индивидуальных предпринимателей – копия действующей регистрации индивидуального предпринимателя;

— информацию, запрошенную Страховщиком в целях идентификации Выгодоприобретателя согласно Федеральному закону от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

14.7.5. В случае госпитализации Застрахованного лица в результате несчастного случая:

— заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с указанием банковских реквизитов, на которые должна быть произведена страховая выплата;

— оригинал документа (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, выданный спортивной организацией (организатором спортивного события); в случае получения Застрахованным лицом во время участия в

застрахованном спортивном событии телесного повреждения документ (акт, справка, сертификат) об участии Застрахованного лица в застрахованном спортивном событии, который должен содержать подробное указание времени получения и перечень зафиксированных медицинским работником спортивной организацией телесных повреждений;

— выписку из медицинского учреждения, в котором Застрахованное лицо находилось на госпитализации (круглосуточном стационарном лечении), с указанием обстоятельств несчастного случая, данных о результатах освидетельствования на опьянение в день поступления (если проводилось), полного клинического диагноза, результатов диагностических методов исследования, предписанного и проведенного лечения, точных дат (времени) начала и окончания, количества дней госпитализаций;

— копию паспорта или свидетельства о рождении Застрахованного лица;

— информацию, запрошенную Страховщиком в целях идентификации Выгодоприобретателя согласно Федеральному закону от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

14.8. В течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком пакета документов, указанных в п. 14.7 настоящих Правил, Страховщик обязан рассмотреть предоставленные документы и вправе затребовать у Страхователя и / или Выгодоприобретателя, а Страхователь или Выгодоприобретатель для получения страховой выплаты обязан представить Страховщику следующие документы, если с учетом конкретных обстоятельств отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным или крайне затруднительным установление факта страхового случая, его обстоятельств и расчет размера страховой выплаты:

14.8.1. заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи;

14.8.2. заключение судебно-медицинской экспертизы (заверенную организацией, проводившей экспертизу, копию);

14.8.3. акты судебно-гистологической и судебно-химической (токсикологической) экспертизы (заверенную организацией, проводившей экспертизу, копию);

14.8.4. все листки нетрудоспособности (заверенные копии по месту работы или лечебным учреждением, если несчастный случай явился причиной нетрудоспособности);

14.8.5. результаты анализа крови на алкоголь или акт освидетельствования на опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления несчастного случая;

14.8.6. выписку из фонда ОМС или страховой компании ОМС за указанный Страховщиком период, содержащую сведения об обращениях за медицинской помощью Застрахованного лица (даты обращения, диагнозы, лечебные учреждения) за указанный период;

14.8.7. заверенную лечебным учреждением прошитую и пронумерованную копию (в полном объеме) стационарной и / или амбулаторной карты Застрахованного лица за указанный Страховщиком период;

14.8.8. в зависимости от обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая, оригинал или заверенную копию документа, подтверждающего обстоятельства несчастного случая, приведшего к смерти, инвалидности, телесному повреждению, а именно: акт о травме во время тренировки / соревнования / спортивного мероприятия / спортивных сборов; Документ о медицинском обследовании и допуске до участия в застрахованном спортивном событии;

14.8.9. выписку из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени (но не менее чем за период 5 (пяти) лет до даты заключения Договора страхования) с указанием диагнозов и дат их постановки, сведений о стационарном лечении, диспансерном учете и / или установленных групп инвалидности (с указанием их дат и причин). Документ должен быть подписан лечащим врачом и его руководителем и заверен печатью лечебного учреждения;

14.8.10. нотариально удостоверенную доверенность, подтверждающую полномочия

третьего лица, если интересы Страхователя или Выгодоприобретателя, обратившегося за страховой выплатой, представляет третье лицо;

14.8.11. при получении телесных повреждений в виде ампутаций, рубцов и ожогов, а также при проведении хирургических операций – цветные фотографии Застрахованного лица с видимыми у него повреждениями (если применимо, с приложением линейки для оценки размера поврежденных тканей);

14.8.12. выписку из журнала обращений в травматологический пункт и / или копию страниц журнала, содержащую записи обращений Застрахованного лица в травматологический пункт / приемное отделение лечебного учреждения;

14.8.13. выписку из журнала лучевых нагрузок и / или копию страниц журнала, содержащую записи о лучевых нагрузках Застрахованного лица;

14.8.14. информированное согласие от Застрахованного лица или его законного представителя, предоставляющее лечебному учреждению обязанность предоставить Страховщику, а Страховщику право затребовать любую информацию, касающуюся заявленного события, имеющего признаки страхового случая;

14.8.15. Протокол операции и протокол анестезии, заверенный печатью лечебного учреждения и уполномоченным должностным лицом;

14.8.16. любые документы, перечисленные в п. 14.7 при условии, что они не предоставлялись ранее.

В случае если документы, указанные в п.п. 14.7 – 14.8 настоящих Правил составлены на иностранном языке, перевод осуществляется Выгодоприобретателем за свой счет.

14.9. Если Страховщик после получения им от Страхователя (Выгодоприобретателя) указанных выше документов не сможет принять решение о признании или непризнании события страховым случаем в связи с необходимостью запросов дополнительных документов, то Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцать) рабочих дней уведомить об этом Страхователя (Выгодоприобретателя), указав орган государственной власти, орган муниципального самоуправления или иное третье лицо, которому Страховщик направляет соответствующий запрос.

14.10. Страховщик вправе в установленном законом порядке запросить в уполномоченных государственных органах документы, необходимые для подтверждения / установления сведений, сообщенных Страхователем / Выгодоприобретателем (документы из лечебных учреждений, правоохранительных органов, лицензированных экспертных организаций и иных организаций) и отсрочить принятие решения об осуществлении страховой выплаты до получения ответов на такие запросы.

14.11. В случае если Страховщик получит указанные выше документы или часть документов от третьих лиц (в том числе по собственному запросу в органы государственной власти, органы муниципального самоуправления, иным третьим лицам (юридическим и физическим лицам, учреждениям, организациям всех форм собственности)), то получение таких документов снимает с Выгодоприобретателя обязанность по их представлению Страховщику (такая обязанность считается выполненной).

14.12. Принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, назначена дополнительная проверка или проведение экспертизы, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс до окончания проверки, экспертизы, расследования или судебного разбирательства. В случае принятия решения об отсрочке в осуществлении страховой выплаты, Страховщик обязан в письменной форме известить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) и / или Выгодоприобретателя.

14.13. В течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за датой получения последнего из документов, предусмотренных настоящими Правилами, а также документов, либо официальных отказов уполномоченных государственных органов в предоставлении Страховщику документов, указанных в п. 14.10 настоящих Правил, Страховщик обязан принять решение о признании или непризнании события страховым случаем, оформленное страховым актом.

14.14. Страховщик производит страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за датой принятия им решения об осуществлении страховой выплаты. Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика.

14.15. При принятии Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, Страховщик производит страховую выплату на банковский счет, указанный в заявлении о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, при условии выполнения положений п.п. 14.7 – 14.8 настоящих Правил.

14.16. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил, а также в других случаях, предусмотренных Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

14.17. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе (с даты оформления страхового акта) информирует Застрахованное лицо (Страхователя / Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

15. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ) СТОРОН

15.1. Все заявления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования.

15.2. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик (далее в целях настоящего раздела Правил совместно – Стороны; по отдельности – Сторона), если иное не предусмотрено Договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее по тексту – уведомление).

15.3. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя), считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

15.3.1. Уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

15.3.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

15.3.3. Уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

15.3.4. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика (при наличии технической возможности), о чем Страхователь проинформирован по электронному почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

15.4. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

15.4.1. Уведомление в письменном виде вручено работнику / представителю Страховщика или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

15.4.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования или на сайте Страховщика.

15.4.3. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя в соответствующем разделе официального сайта Страховщика (при наличии технической возможности).

15.5. В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

15.6. В Договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Все споры, вытекающие из Договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 15 настоящих Правил.

Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии.

Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать письменный ответ.

16.2. В досудебном порядке Страхователь (Выгодоприобретатель) имеет право обратиться к финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»:

сайт: www.finombudsman.ru;

адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований получателя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и, если со дня, когда получатель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если получатель страховых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- 6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;

9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;

11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;

12) текст которых не поддается прочтению.

16.3. В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и (или) разногласия путем переговоров в досудебном претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит разрешению в суде, Арбитражном суде в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение № 2
к Правилам страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий, утвержденным приказом ООО «МСК «АйАйСи» от 03.09.2024 № 58

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К НИМ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ УЧАСТНИКОВ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ УЧАСТНИКОВ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

1.1. Базовые страховые тарифы по страхованию от несчастных случаев и болезней страхования от несчастных случаев и болезней участников спортивных мероприятий приведены в таблице 1 в процентах от страховой суммы при сроке страхования один год.

Таблица 1

№ п/п	Страховой риск	Базовый страховой тариф
1.	«Смерть в результате несчастного случая»	0,707
2.	«Смерть в результате застрахованной болезни»	0,326
3.	«Инвалидность в результате несчастного случая»	0,416
4.	«Телесные повреждения в результате несчастного случая»	0,381
5.	«Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»	0,339
6.	«Госпитализация в результате несчастного случая»	0,502

2. ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ К БАЗОВЫМ СТРАХОВЫМ ТАРИФАМ

2.1. При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов риска.

2.2. Базовые страховые тарифы рассчитаны на единовременную уплату страховой премии. При уплате страховой премии в рассрочку применяется повышающий коэффициент от 1,0 до 1,2, зависящий от количества и сроков платежей.

2.3. При страховании с применением франшизы (безусловной, временной) устанавливается понижающий коэффициент от 0,4 до 1,0, зависящий от размера франшизы.

2.4. При включении в Договор страхования оговорок и исключений из определения страхового случая к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент от 0,4 до 1,0.

2.5. Также Страховщик имеет право применять следующие поправочные коэффициенты к соответствующим базовым страховым тарифам с учётом условий и обстоятельств, влияющих на частоту наступления страхового случая и величину выплаты:

- возраст Застрахованного лица (см. таблицу 2);

Таблица 2

Возраст Застрахованного лица	Диапазон поправочного коэффициента
от 2 до 17 лет	от 0,15 до 7,00
от 18 до 65 лет	от 0,25 до 9,00

- вид спорта и его особенности, условия тренировок и проживания Застрахованного лица в период страхования – от 0,2 до 10,0;
- территория страхования – от 0,5 до 5,0;
- количество Застрахованных лиц по одному Договору страхования – от 0,10 до 10,0;
- состояние здоровья, образ жизни Застрахованного лица – от 0,65 до 8,0;
- комплексное страхование всех рисков, а также иные факторы страхового риска и индивидуальные условия договора – от 0,2 до 10,0;
- срок страхования – от 0,2 до 1,0;
- размер страховой суммы (в том числе размер страховой суммы по каждому риску) – от 0,10 до 5,0;
- канал продаж – от 0,5 до 5,0;
- период проведения спортивного мероприятия – от 0,8 до 5,0;
- история убытков и страхования в ООО «МСК «АйАйСи» – от 0,9 до 1,5;
- сложившаяся убыточность по портфелю и /или по отдельным сегментам портфеля Страховщика за предыдущий период страхования – от 0,1 до 3,0.

2.6. Страховой тариф за один день страхования определяется путем умножения базового страхового тарифа за один год страхования на 1/365.

2.7. При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;
- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

2.8. В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым страховым тарифам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного Договора страхования, указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальный страховой тариф, учитывающий особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному Договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости. В зависимости от иных факторов, которые по мнению андеррайтера Страховщика оказывают влияние на величину страхового риска, андеррайтером может быть принято решение, в том числе основанное на экспертной оценке перестраховщика или иного квалифицированного специалиста, о применении дополнительного поправочного коэффициента **от 0,1 до 20,0**.

2.9. Страховой тариф считается равным базовому страховому тарифу или исчисляется путем умножения базового страхового тарифа и поправочного (-ых) коэффициента (-ов), если имеются основания для применения таких коэффициентов.