

Договор №18000IPZ048733 от 24 июля 2018 г.

страхования заемщика кредита от несчастных случаев и болезней

Настоящий Полис выдан на основании устного заявления Страхователя. Правила страхования № 83 добровольного страхования граждан от несчастных случаев и болезней (в редакции от 01.11.2017) являются неотъемлемой частью настоящего Полиса. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и 940 ГК РФ согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика настоящего Полиса, а акцептом (согласием на заключение договора страхования) считается уплата страховой премии.

Страховщик:	Страховое акционерное общество «ВСК» ИНН 7710026574, ОГРН 102770018606 ул. Островная, 4, г. Москва, 121552 тел.: +7 (495) 727 4444, info@vsk.ru Лицензия Банка России СЛ No 0621 от 11.09.2015		
Страхователь (он же Застрахованный):	Иванов Иван Иванович		
Дата рождения:	03 ноября 1984 г.	Гражданство:	Россия
Паспорт:	серия 1234, номер 567890, выдан 01 января 2010 г.		
Контактный телефон:	+79999999999		

Выгодоприобретатель 1-ой очереди:	В части фактической суммы долга на дату страхового случая по кредитному договору №24573 от «11» ноября 2011 года.		
Кредитное учреждение:	ПАО Сбербанк		
Адрес:	г. Москва, 117997, ул. Вавилова, д. 19		
Выгодоприобретатель 2-ой очереди:	В части разницы между суммой страховой выплаты и суммой, подлежащей выплате Выгодоприобретателю 1-ой очереди		
Выгодоприобретателем 2-ой очереди является Застрахованный, а в случае его смерти:			
Ф.И.О.:	Наследники по закону		

Объект страхования:	имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни		
----------------------------	--	--	--

Страховые случаи:	Размер страховой выплаты:
1. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего в период страхования, или по причинам иным, чем несчастный случай	100 % страховой суммы
2. Установление Застрахованному I или II группы инвалидности в результате несчастного случая, происшедшего в период страхования, или в результате заболевания, впервые диагностированного в период страхования, либо заболевания, существовавшего и/или диагностированного до заключения договора страхования и указанного Страхователем (Застрахованным) в Заявлении Страхователя (Застрахованного)	100 % страховой суммы

Страховая сумма:	1 600 000 (Один миллион шестьсот тысяч) рублей 00 копеек
-------------------------	--

Территория страхового покрытия:	Весь мир
--	----------

Страховая премия:	7 456 (Семь тысяч четыреста пятьдесят шесть) рублей 00 копеек
уплачена	«24» июля 2018 г.

Срок страхования:	с 00 часов «25» июля 2018 г. до 24 часов «25» июля 2019 г.
--------------------------	--

Дополнительные условия:	<ol style="list-style-type: none">1. Нормы, содержащиеся в настоящем Договоре, имеют преимущественную силу по отношению к положениям Правил №83. Положения Правил №83, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в настоящем Договоре, обязательны для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и Страховщика;2. Смерть или установление I или II группы инвалидности, произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая/ диагностированного (впервые) заболевания или характерные симптомы заболевания впервые проявились в период действия договора страхования;3. Пункты 7.1.2, 7.2.3, 7.2.4, 7.2.5 Правил №83 в рамках настоящего договора страхования не применяются;4. Пункт 7.1.3 Правил №83 в рамках настоящего договора страхования применяется в следующей редакции: «7.1.3. заболевания СПИДом (ВИЧ инфекцией), за исключением случаев, когда заражение ВИЧ-инфекцией произошло путем переливания крови, внутривенных/внутримышечных инфекций или трансплантации органов, а также в случаях, когда ВИЧ-инфицирование произошло вследствие профессиональной (медицинской) деятельности Застрахованного лица».5. Стороны пришли к соглашению о допустимости использования подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются сторонами аналогами оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика (факсимильная подпись и печать).
--------------------------------	---

Настоящим подтверждаю, что:

- я не являюсь инвалидом и не имею действующего направления на медико-социальную экспертизу;
 - я не страдаю слабоумием, рассеянным склерозом, полиомиелитом, параличом, эпилепсией, психическими заболеваниями;
 - не имею сахарный диабет;
 - я не страдаю хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью, не имею других патологий в области почек: единственная почка, нефроптоз, гидронефроз;
 - я не имею злокачественных новообразований (в т.ч. злокачественные болезни крови и кроветворных органов), не имею доброкачественных образований: гиперплазия предстательной железы;
 - я не страдаю циррозом печени и гепатитом (В,С), хроническим панкреатитом с ежегодным обострением, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (последнее обострение менее трех лет от даты подачи заявления на страхование), калькулезным холециститом (наличие камней в желчном пузыре);
 - я не переносил(а): инсульт, инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии, операции на магистральных сосудах сердца (стенотомия, шунтирование);
 - я не страдаю стенокардией, ишемической болезнью сердца, гипертонией II или III степени, ревмокардитом, не имею врожденного порока сердца;
 - я не страдаю анемией средней и тяжелой степени тяжести, гемофилией, лейкоемией и другими заболеваниями системы крови;
 - я не страдаю эмфиземой, бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, пневмокониозом, туберкулезом (на момент начала страхования не нахожусь на лечении и не стою на учете в туберкулезном диспансере);
 - я не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
 - я не переносил черепно-мозговых травм; не страдаю заболеваниями позвоночника, суставов, не имею грыжу межпозвоночных дисков;
 - я не являюсь ограниченно трудоспособным в связи с нарушением здоровья, обусловленным травмой, отравлением или болезнью;
 - я не знаю о наличии у меня заболеваний, которые могли бы потребовать хирургического лечения (кроме стоматологического лечения);
 - я не обращался (обращалась) за оказанием медицинской помощи по поводу СПИДа, не являюсь носителем ВИЧ и не болен СПИДом;
 - я не страдаю алкоголизмом и/или наркоманией;
 - я не имею срок беременности (для женщин).
- Я, чья жизнь принимается на страхование, заявляю, что вышеуказанные сведения, внесенные мной или от моего имени в настоящее заявление соответствуют действительности и будут являться частью договора страхования. Я понимаю, что при сообщении неправильных или неполных сведений договор страхования может быть признан судом не действительным.

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Я даю разрешение CAO «ВСК» на получение медицинской информации от любого врача, у которого я когда-либо консультировался и/или лечился, или от любой организации, обладающей информацией о состоянии моего здоровья. Я уполномочиваю любое медицинское учреждение передавать CAO «ВСК» всю информацию, касающуюся моего здоровья, отказываюсь от каких-либо претензий по поводу этой передачи. Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь или обладающими информацией о состоянии моего здоровья предоставлять Страховщику по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Указанные мною данные предоставляются в целях заключения и исполнения договора страхования, а также разработки новых продуктов и услуг. Согласие предоставляется с момента оформления настоящего Заявления на страхование и действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств, может быть отозвано путем направления письменного заявления Генеральному директору CAO «ВСК».

Стороны пришли к соглашению о допустимости использования подписи и печати Страховщика, выполненных с применением технических средств, которые признаются сторонами аналогами оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика (факсимильная подпись и печать).

Стороны также пришли к соглашению, о том что указание Страхователем информации при оформлении договора страхования путем проставления отметок в соответствующих полях является выражением волеизъявления Страхователя и равносильно его собственноручной подписи.

Я согласен, что Выгодоприобретателями по договору страхования являются:

- Выгодоприобретатель 1-ой очереди - в части фактической суммы долга на дату страхового случая по кредитному договору ПАО «Сбербанк»;
- Выгодоприобретатель 2-ой очереди - в части разницы между суммой страховой выплаты и суммой, подлежащей выплате Выгодоприобретателю 1-ой очереди: Застрахованный, а в случае его смерти – его наследники по закону.

Даю своё согласие CAO «ВСК» (121552, г.Москва, ул.Островная, д.4) на передачу (предоставление, доступ) в Публичное акционерное общество «Сбербанк России» (ПАО Сбербанк, адрес: Российская Федерация, 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д.19) и Общество с ограниченной ответственностью «Центр недвижимости от Сбербанка» (ООО «ЦНС», адрес: Российская Федерация, 121170, г.Москва, Кутузовский проспект, дом 32, корпус 1) всех моих персональных данных (в том числе: фамилия, имя, отчество (текущие и предыдущие), дата рождения, паспортные данные, адрес объекта заложенного имущества, абонентский номер, адрес электронной почты), указанных в заявлении на страхование, договоре страхования для обработки указанных персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (для ПАО Сбербанк: путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, для ООО «ЦНС»: путем записи, систематизации, накопления, хранения, предоставления доступа ПАО Сбербанк ко всем персональным данным) в целях контроля ПАО Сбербанк за исполнением мной обязательств по ипотечному кредитованию.

**Страховщик:
CAO «ВСК»**

Заместитель Генерального директора
Бойченко И.А.





«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор CAO «ВСК»

Овсянников О.С.

«01» ноября 2017 г.

Приказ № 00-70-05/314-0Д от «01» ноября 2017 года

предыдущие редакции от: 20.03.2003; 30.10.2003;

14.09.2005; 14.09.2007; 31.10.2008; 30.06.2009;

26.11.2010, 25.11.2013, 19.05.2016)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации заключаются Договоры страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Договор) между Страховым акционерным обществом «ВСК» (далее по тексту - Страховщик), с одной стороны, и юридическими или дееспособными физическими лицами (далее по тексту - Страхователи), с другой стороны.

1.2. Страхователи вправе заключать Договоры о страховании третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные) в пользу последних.

Страхователи-физические лица могут быть Застрахованными.

1.3. По Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении в жизни Застрахованного обусловленного Договором страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному, а в случае его смерти - наследникам застрахованного по закону, если в Договоре не указано другое лицо в качестве получателя страховой выплаты (далее по тексту - Выгодоприобретатель).

Назначение Выгодоприобретателем лица, не являющегося Застрахованным, в том числе не являющегося застрахованным лицом Страхователя, осуществляется с письменного согласия Застрахованного.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

2.1. Объектами страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

2.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является совершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

2.3. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в разд. 7), имевшие место в период действия Договора.

В Договор страхования могут быть включены по соглашению сторон и в соответствии с Правилами следующие риски:

2.3.1. причинение вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования, и приведшего к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного или к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного.

2.3.2. установление Застрахованному инвалидности в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования.

2.3.3. установление Застрахованному инвалидности в связи с заболеванием.

2.3.4. смерть Застрахованного в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования.

2.3.5. смерть Застрахованного в результате заболевания.

2.3.6. установление временной нетрудоспособности Застрахованному вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора.

2.3.7. установление Застрахованному инвалидности вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора.

2.3.8. смерть Застрахованного вследствие профессионального заболевания, впервые диагностированного в период действия Договора.

2.3.9. причинение вреда здоровью Застрахованного вследствие заболевания, приведшего к временной нетрудоспособности работающего Застрахованного или к лечению в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного, возникшей после вступления Договора в силу.

2.3.10 экстренная госпитализация по неотложным показаниям при впервые диагностированных заболеваниях (состояниях) в период действия Договора страхования, требующих или проведения внепланового оперативного лечения (первичная обработка раны не считается оперативным лечением), или интенсивной терапии, при условии продолжительности интенсивной терапии не менее 5 дней, или реанимации.

2.3.11. утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством на срок не менее 1 (одного) года, наступившая в результате несчастного случая, происшедшего с Застрахованным в период страхования.

2.3.12. утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством на срок не менее 1 (одного) года, наступившая в результате болезни (заболевания).

2.3.13. госпитализация Застрахованного с целью лечения заболевания впервые возникшего в период страхования или заявленного Застрахованным в заявлении на страхование.

2.3.14. госпитализация Застрахованного с целью лечения травм, возникших в результате несчастного случая, произошедшего в период страхования.

2.3.15. хирургическая операция, проведенная Застрахованному в условиях стационара, по поводу заболевания, впервые возникшего в период страхования или заявленного Застрахованным в заявлении на страхование.

2.3.16. хирургическая операция, проведенная Застрахованному в условиях стационара, по поводу несчастного случая, произошедшего в период страхования.

2.4. По настоящим Правилам:

Несчастный случай – внезапное, внешнее, непредвиденное воздействие на организм человека, в результате которого причиняется вред здоровью Застрахованного. К таким воздействиям, в том числе, относятся: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение злоумышленников или животных; падение предметов на застрахованного; падение самого застрахованного; попадание в дыхательные пути инородного тела; утопление застрахованного; случайное острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, ядовитыми газами; пищевое отравление; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; воздействие высоких (термические ожоги) или низких (отморожения) температур, химических веществ, если иное не оговорено Договором страхования.

В рамках настоящих Правил к несчастным случаям также относятся неправильные медицинские манипуляции (операции и медицинские процедуры); заболевания Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом); полиомиелитом; патологические роды или внематочная беременность, приведшие к инвалидности или смерти; а также события, при которых вследствие физического перенапряжения у Застрахованного лица происходит вывих отделов позвоночника или суставов конечностей либо растяжение или разрыв мышц, сухожилий, связок или суставных сумок (кроме грыж белой линии живота, грыж межпозвоночных дисков и паховых грыж).

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), инфекционные заболевания (кроме клещевого энцефалита /клещевого энцефаломиелита/, полиомиелита), если иное не оговорено Договором страхования.

Заболевание (болезнь) – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, и впервые диагностированное врачом после вступления Договора страхования в силу, либо обострение в период действия Договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем (Застрахованным лицом)

в письменном виде Страховщику до заключения Договора страхования и принятого Страховщиком на страхование, если иное не определено Договором страхования.

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

Лечение в условиях поликлиники – совокупность мероприятий, проводимых на дому или в условиях поликлиники (здравпункта, травмпункта), направленных на восстановление здоровья.

Для расчета суммы страховой выплаты при амбулаторно-поликлиническом лечении учитываются дни оказания амбулаторной помощи, лечебных манипуляций (инъекции, перевязки, физиопроцедуры, наложение отвердевающих повязок, шин, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, отоларингологические процедуры).

Интенсивная терапия – это лечение больных и пострадавших, у которых в связи с тяжелым заболеванием, травмой, операцией или интоксикацией возникли опасные для жизни функциональные или метаболические расстройства организма, осуществляемое в отделениях анестезиологии и реанимации или в специализированных отделениях, палатах и блоках интенсивной терапии.

Профессиональная трудоспособность – возможность выполнять определенный объем и качество работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность.

Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах на момент освидетельствования пострадавшего, исходя из оценки потери способности осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая и заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Профессиональное заболевание - хроническое или острое заболевание Застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную нетрудоспособность, инвалидность или смерть Застрахованного.

Инвалидность – признание гражданина инвалидом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Порядок установления инвалидности, профессионально-заболевания и профессиональной нетрудоспособности определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Датой установления диагноза заболевания (травмы) считается дата регистрации впервые выявленного заболевания (травмы) на основании результатов проведенного обследования в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации и стандартами оказания медицинской помощи с надлежащим оформлением соответствующих документов.

Госпитализация - помещение в стационар лечебно-профилактического учреждения с целью лечения.

Хирургическая операция – комплекс механических воздействий на ткани или органы человека, проводимый врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемых с помощью различных способов разъединения и соединения тканей. Первичная хирургическая обработка раны и закрытая репозиция не относятся к хирургическим операциям в рамках настоящих Правил.

2.5. События, предусмотренные п.п. 2.3.2, 2.3.4 и явившиеся следствием несчастного случая, происшедшего в период страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня несчастного случая, если иной срок не установлен Договором страхования.

Установление инвалидности или смерть в течение года вследствие профессионального заболевания, в соответствии с п.п. 2.3.7 и 2.3.8, впервые диагностированного в период действия Договора, также признаются страховыми случаями.

2.6. Договор заключается либо по всем рискам, перечисленным в п. 2.3., либо по отдельным рискам указанного пункта.

2.6.1. При включении в Договор страхования риска 2.3.9. необходимо обязательное включение в договор риска 2.3.1.

2.6.2. При включении в Договор страхования риска 2.3.12. необходимо обязательное включение в договор риска 2.3.11.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату по Договору страхования.

Размер страховой суммы определяется по соглашению сторон. В Договоре страхования может быть установлен способ определения страховой суммы.

3.2. Плата за страхование (страховая премия) осуществляется Страхователем одновременно - разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами.

3.3. Размер страховой премии (страхового взноса) исчисляется в зависимости от размера страховой суммы, страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование, срока страхования и тарифных ставок.

Тарифные ставки могут дифференцироваться в зависимости от возраста, профессии Застрахованного, а также иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая. Тарифные ставки приведены в Приложении к настоящим Правилам «Тарифные ставки по добровольному страхованию граждан от несчастных случаев и болезней».

3.4. Плата за страхование осуществляется наличными деньгами или путем безналичных расчетов.

3.5. Если Договором не установлено иное, днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- день поступления страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика или представителю Страховщика при уплате наличными деньгами;

- день поступления страховой премии (страхового взноса) на счет Страховщика при уплате наличными деньгами через кассу банка или безналичным путем.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования заключается на любой срок.

4.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за днем поступления на расчетный счет (в кассу) Страховщика страховой премии или ее первой части (в случае оплаты страховой премии в рассрочку). Договором может быть установлен иной срок вступления Договора в силу.

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

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

Порядок оформления материалов расследования и учета несчастных случаев, происшедших с Застрахованным при исполнении обязанностей по трудовому договору (контракту), определяется законами и иными нормативными документами Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Для заключения Договора Страхователь представляет письменное Заявление по установленной Страховщиком форме. Страховщик может принять решение о заключении Договора на основании устного заявления Страхователя.

5.2. При включении в Договор риска, предусмотренного пунктом 2.3.1. настоящих Правил, устанавливается порядок определения размера страховой выплаты (далее по тексту - порядок страховой выплаты) в связи с временной нетрудоспособностью (временным нарушением здоровья) Застрахованного вследствие несчастного случая:

5.2.1. в зависимости от продолжительности лечения, при этом Договором может быть определен срок, за который Страховщик не производит страховую выплату, а также предельный размер страховой выплаты;

5.2.2. по «Таблице размеров страховых выплат, производимых в связи со страховыми случаями»;

5.2.3. по «Шкале компенсаций в связи с причинением вреда здоровью в результате несчастного случая».

Если Договором не установлено иное, размер страховой выплаты будет определяться в соответствии с п.5.2.2 настоящих Правил.

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

5.4. Договор заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо путем вручения Страхователю страхового Полиса по установленной Страховщиком форме или направления Страхового полиса, составленного в виде электронного документа и подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Договор страхования может быть заключен в письменной форме путем вручения Страховщиком Страхователю Полиса-оферты. В данном случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика данного полиса-оферты и уплатой страховой премии.

5.5. По соглашению сторон Страхователь вправе представить копии документов, необходимых для заключения договора страхования, либо представить их страховщику в форме электронных документов. Заявление о заключении договора страхования, представляемое в форме электронного документа, подписывается и оформляется с соблюдением предусмотренных Федеральным законом от 06 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи» условий признания электронных документов, подписанных электронной подписью, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.

5.6. При заключении Договора страхования Страховщик вправе ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, в соответствии с условиями андеррайтинга, разработанными Страховщиком.

Для Страховщика заключение Договоров страхования на предложенных Страхователем условиях не является обязательным. Страховщик вправе потребовать предоставления Страхователем документов из Перечня, приведенного в Приложении № 1 к настоящим Правилам, а также прохождения медицинского обследования лица, подлежащего страхованию, для объективной оценки страхового риска.

5.7. В случае сообщения Страхователем (Застрахованным) при заключении Договора страхования заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, установленном действующим законодательством.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с условиями Договора. Страховая выплата производится одновременно, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования.

6.2. Общий размер страховой выплаты по одному или нескольким страховым случаям, происшедшим с Застрахованным в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором для данного Застрахованного.

Если в результате какого-либо события произошел страховой случай, в связи с которым была выплачена часть страховой суммы, то при наступлении вследствие этого же события более тяжелых последствий для здоровья Застрахованного, приведших к страховому случаю, размер страховой выплаты определяется за вычетом ранее выплаченной суммы.

Если в результате несчастного случая здоровье Застрахованного ухудшилось за счет имевшихся у Застрахованного заболеваний, страховая выплата будет производиться, как если бы последствия несчастного случая не осложнились течением имевшихся заболеваний.

6.3. Размер страховой выплаты в связи со страховым случаем определяется согласно условиям Договора:

6.3.1. если порядок страховой выплаты определен в соответствии с п. 5.2.1, то за каждый день нетрудоспособности (лечения ребенка в возрасте до 18 лет или неработающего застрахованного) в результате несчастного случая, производится страховая выплата в размере указанного Договором процента от страховой суммы (от 0,01% до 1,0%) с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты и срок нетрудоспособности (лечения), за который выплата не производится или страховая выплата может производиться в размере указанного Договором процента от страховой суммы (до 100% страховой суммы);

6.3.2. если порядок страховой выплаты определен в соответствии с п.п. 5.2.2 или 5.2.3, то сумма страховой выплаты в связи с временной утратой трудоспособности (лечением по поводу нарушения здоровья неработающего лица) в результате несчастного случая определяется в процентах от страховой суммы в зависимости от тяжести вреда, причиненного здоровью Застрахованного, по «Таблице размеров страховой выплаты» или по «Шкале компенсаций в связи с возникновением вреда здоровью в результате несчастного случая»;

6.3.3. в случае установления Застрахованному инвалидности в результате несчастного случая, инвалидности в связи с заболеванием, в том числе профессиональным, страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы, обусловленных Договором в соответствии с установленной Застрахованному группы инвалидности.

Размер страховой выплаты, установленный по инвалидности III группы, не должен превышать размер страховой выплаты, установленный по инвалидности II группы, и размер страхо-

вой выплаты по инвалидности II группы не должен превышать размер страховой выплаты по инвалидности I группы.

Если Застрахованным является ребенок в возрасте до 18 лет, размер страховой выплаты определяется в процентах от страховой суммы, обусловленных Договором в зависимости от срока, на который Застрахованному установлена первично категория «ребенок-инвалид».

Таблица соответствия категории «ребенок-инвалид» групп инвалидности:

Инвалидность I группы	Инвалидность II группы	Инвалидность III группы
Инвалидность на срок более 2 лет	Инвалидность на срок 2 года	Инвалидность на срок до 2 лет

6.3.4. в случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателю выплачивается страховая сумма, установленная Договором;
6.3.5. в случае установления Застрахованному временной нетрудоспособности в результате заболевания, в том числе и профессионального заболевания, страховая выплата за каждый день нетрудоспособности производится в размере указанного Договором процента от страховой суммы (от 0,01% до 1,0%) с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты и срок нетрудоспособности (лечения), за который выплата не производится или страховая выплата может производиться в размере указанного Договором процента от страховой суммы (до 100% страховой суммы).

6.3.6. в случае экстренной госпитализации по неотложным показателям, требующей или проведения внепланового оперативного лечения, или интенсивной терапии, или реанимации, страховая выплата определяется в размере процента от страховой суммы, указанного в Договоре (от 0,01% до 1,0%) за каждый день стационарного лечения с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты.

6.3.7. в случае утраты Застрахованным профессиональной трудоспособности, наступившей в результате несчастного случая или заболевания, страховая выплата производится в процентах от страховой суммы в размере процента утраты профессиональной трудоспособности или в размере указанного Договором процента от страховой суммы (до 100% страховой суммы).

6.3.8 в случае госпитализации с целью лечения заболевания или травм страховая выплата производится в размере процента от страховой суммы, указанного в Договоре, (от 0,01% до 1,0%) за каждый день стационарного лечения.

В зависимости от продолжительности госпитализации Договором страхования может быть определен срок, за который Страховщик не производит страховую выплату, а также предельный размер страховой выплаты;

6.3.9. В случае хирургической операции в соответствии с пунктами 2.3.13 и 2.3.14 страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы по «Таблице размеров страховых выплат, производимых в связи с хирургическими операциями».

Если Застрахованному проводится более одной хирургической операции, то есть делается несколько разрезов во время одного хирургического вмешательства, то Застрахованный получает 100% одновременную максимальную выплату за основную операцию (основной диагноз) за каждую дополнительную операцию (сопутствующий диагноз) Застрахованному выплачивается 50% от суммы, положенной за данную операцию, указанную в Таблице. Если проводится более одной хирургической операции при одном разрезе, то выплачивается сумма за одну операцию, предусматривающую наибольшую выплату.

6.4. Для принятия решения о страховой выплате Страховщику должны быть представлены:

6.4.1. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.1:

- листок нетрудоспособности для работающих Застрахованных;
- справка из ЛПУ с указанием даты травмы, диагноза, сроками лечения, результатами обследования;
- заверенная медицинским учреждением копия медицинской карты амбулаторного больного (амбулаторной карты);
- заключение невролога (при черепно-мозговой травме);
- заключение рентгенолога (при переломах и вывихах);
- в случае стационарного лечения - выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного (истории болезни);
- результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций);
- постановление по уголовному делу или по делу об административном правонарушении (если вред здоровью был причинен в результате противоправных действий третьих лиц или в результате ДТП);
- справка о ДТП с приложением списка пострадавших (если вред здоровью был причинен при ДТП);
- результаты исследования крови на алкоголь или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате ДТП, которое Застрахованный совершил, управляя транспортным средством);

• акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.
6.4.2. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.2. и 2.3.3:

- справка из учреждения медико-социальной экспертной комиссии (справка МСЭ);
- копия направления на МСЭ и акт освидетельствования в Бюро МСЭ;
- выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов из всех ЛПУ, в которых Застрахованный проходил амбулаторное лечение или копии амбулаторных карт, заверенные ЛПУ;
- выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (истории болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение;
- результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред

здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций);

• постановление по уголовному делу или по делу об административном правонарушении (если вред здоровью был причинен в результате противоправных действий третьих лиц или в результате ДТП);

• справка о ДТП с приложением списка пострадавших (если вред здоровью был причинен при ДТП);

• результаты исследования крови на алкоголь или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате ДТП, которое Застрахованный совершил, управляя транспортным средством);

• акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

6.4.3. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.4 и 2.3.5:

- свидетельство о смерти Застрахованного;
- медицинское свидетельство о смерти (или копия, заверенная ЗАГС), на основании которого выдано свидетельство о смерти, или справка о смерти, выданная ЗАГС, с указанием причины смерти, или решение суда об объявлении Застрахованного умершим;
- постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
- акт судебно-медицинского исследования с результатами исследования крови на алкоголь и токсикологического исследования;
- акт о расследовании несчастного случая на производстве со смертельным исходом;
- в случае, если Выгодоприобретателями являются наследники по закону – свидетельство о праве на наследство, подтверждающее право наследников на получение страховой суммы или ее части;
- решение суда или обвинительное заключение (если в связи со смертью Застрахованного было возбуждено уголовное дело и проводилось судебное разбирательство и до окончания расследования или судебного разбирательства не представляется возможным выяснить обстоятельства, имеющие существенное значение для принятия решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем);

• выписки из медицинских карт амбулаторного больного амбулаторных карт (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;

• выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (историй болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение;

• в случае смерти от онкологического заболевания – выписка из онкологического диспансера с информацией о дате установления диагноза.

6.4.4. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.6, 2.3.7., 2.3.8:

• при временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности;

• выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;

• выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (историй болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение;

• медицинское заключение из Центра профессиональной патологии (или отдела профессиональных заболеваний медицинских научных организаций);

• акт о случае профессионального заболевания;

• справка МСЭ (при установлении инвалидности вследствие профессионального заболевания);

• копия направления на МСЭ и акт освидетельствования в Бюро МСЭ;

• свидетельство о смерти Застрахованного (в случае смерти Застрахованного вследствие профессионального заболевания);

• медицинское свидетельство о смерти, на основании которого выдается свидетельство о смерти (в случае смерти Застрахованного вследствие профессионального заболевания) или справка о смерти.

6.4.5. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.9:

• заверенная работодателем копия листка нетрудоспособности;

• справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, проведенного лечения, сроков нетрудоспособности;

• выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;

• выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (историй болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение.

6.4.6. при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.10:

• листок нетрудоспособности или его заверенная копия;

• выписной эпикриз из истории болезни с указанием диагноза, вида проведенной операции (плановая, срочная, экстренная), описанием проведенного обследования и лечения, указанием срока пребывания Застрахованного лица в отделении интенсивной терапии или реанимации;

• выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;

- результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций);
 - постановление по уголовному делу или по делу об административном правонарушении (если вред здоровью был причинен в результате противоправных действий третьих лиц или в результате ДТП);
 - справка о ДТП с приложением списка пострадавших (если вред здоровью был причинен при ДТП);
 - результаты исследования крови на алкоголь или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате ДТП, которое Застрахованный совершил, управляя транспортным средством).
- 6.4.7.** при наступлении страхового события, указанного в п. 2.3.11 и в п. 2.3.12.
- выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;
 - выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного (историй болезни), если Застрахованный проходил стационарное лечение;
 - направление на освидетельствование в бюро МСЭ;
 - справка МСЭ или заключение СМЭ с указанием процента утраты трудоспособности;
 - акт расследования несчастного случая на производстве в случае утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве;
 - медицинское заключение из Центра профессиональной патологии (или отдела профессиональных заболеваний медицинских научных организаций);
 - акт о случае профессионального заболевания.
- 6.4.8.** при наступлении страхового события, указанного в пунктах 2.3.13. и 2.3.14.:
- листок нетрудоспособности или его заверенная копия;
 - выписной эпикриз из истории болезни с указанием диагноза, описанием проведенного обследования и лечения;
 - выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;
 - заверенная копия направления на госпитализацию;
 - результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций);
 - постановление по уголовному делу или по делу об административном правонарушении (если вред здоровью был причинен в результате противоправных действий третьих лиц или в результате ДТП);
 - справка о ДТП с приложением списка пострадавших (если вред здоровью был причинен при ДТП);

- результаты исследования крови на алкоголь или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате ДТП, которое Застрахованный совершил, управляя транспортным средством);
 - справка из медучреждения по первичному обращению в связи с травмой (заболеванием), являющейся причиной госпитализации.
- 6.4.9.** при наступлении страхового события, указанного в пунктах 2.3.15. и 2.3.16.:
- листок нетрудоспособности или его заверенная копия;
 - выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного (истории болезни) с указанием диагноза, описанием проведенного обследования и лечения;
 - заверенная копия протокола операции;
 - выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех поликлиник, в которых наблюдался Застрахованный, или заверенные медицинским учреждением копии амбулаторных карт за весь период наблюдения;
 - заверенная копия направления на госпитализацию;
 - результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций);
 - постановление по уголовному делу или по делу об административном правонарушении (если вред здоровью был причинен в результате противоправных действий третьих лиц или в результате ДТП);
 - справка о ДТП с приложением списка пострадавших (если вред здоровью был причинен при ДТП);
 - результаты исследования крови на алкоголь или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате ДТП, которое Застрахованный совершил, управляя транспортным средством);
 - справка из медучреждения по первичному обращению в связи с травмой (заболеванием), являющейся причиной госпитализации
- 6.5.** По всем видам событий дополнительно к документам, перечисленным в п. 6.4, Страховщику представляются:
- Заявление о страховой выплате с указанием полных банковских реквизитов и номера счета для перечисления страховой выплаты;
 - Документ, удостоверяющий личность получателя;
 - Полис (Договор страхования).
- 6.6.** По дополнительному запросу Страховщика, или, если это предусмотрено условиями договора страхования, предоставляются:
- Заверенная Страхователем (подписью должностного лица и печатью) копия трудовой книжки или, в случае, если договор срочный, копия трудового договора (контракта). Дата заверения документов должна быть не ранее даты наступления заявленного страхового события;

- Выписка из журнала вызовов скорой помощи, подтверждающая вызов к Застрахованному лицу;
 - Документ, подтверждающий принадлежность лица с которым произошло событие к кругу Застрахованных лиц по Договору.
 - Штатное расписание (заверенная выписка из штатного расписания).
- Страховщик имеет право принять решение о страховой выплате по неполному перечню документов, указанных в пунктах 6.4, 6.5. и 6.6.
- Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи с наступлением страхового случая, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а так же вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.
- 6.7.** В течение 15 рабочих дней с даты получения последнего из необходимых для принятия решения документов, указанных в п.п. 6.4., 6.5 и 6.6. настоящих Правил, Страховщик:
- принимает решение о признании произошедшего события страховым случаем;
 - принимает решение об отказе в страховой выплате.
- 6.8.** В течение 5 рабочих дней с даты принятия решения Страховщик осуществляет страховую выплату или письменно сообщает Выгодоприобретателю об отказе в страховой выплате.
- 6.9.** Страховая выплата производится наследникам Застрахованного:
- если Страхователем не был назначен Выгодоприобретатель;
 - в случае одновременной (в один день) смерти Застрахованного и Выгодоприобретателя;
 - если Выгодоприобретатель умер ранее Застрахованного. Однако, если Страхователем были назначены несколько Выгодоприобретателей, то в случае смерти одного из них ранее Застрахованного, причитающаяся ему сумма выплачивается остальным Выгодоприобретателям пропорционально установленным Страхователем долям;
 - если Застрахованный умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты в связи с вредом, причиненным его здоровью в результате несчастного случая или заболевания.
- Если Выгодоприобретатель умирает, не успев получить причитающуюся ему страховую выплату, она производится его наследникам в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Для получения страховой выплаты наследники дополнительно к документам, указанным в п.п. 6.4, 6.5, 6.6 представляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования.
- 6.10.** Если страховым случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой вы-

платы по Договору страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса.

6.11. Датой исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате считается:

- при безналичных расчетах - дата списания суммы со счета Страховщика;
- при наличных расчетах - дата выплаты суммы через кассу Страховщика.

7. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

События, на случай наступления которых страхование не проводится (не распространяется):

- 7.1.** Не являются страховыми случаями события, указанные в п. 2.3., если они наступили в результате прямых или косвенных последствий следующих событий (заболеваний):
- 7.1.1.** употребления Застрахованным алкоголя, его заменителей, опьяняющих (одурманивающих) веществ, или наркотиков
 - 7.1.2.** принятия лекарств или каких-либо медицинских процедур без назначения врача. Исключением не будет являться принятие лекарств, зарегистрированных Минздравом РФ, находящихся в свободной продаже, в случае их использования в соответствии с инструкцией по применению;
 - 7.1.3.** не являются страховыми случаями события, наступившие в результате заболевания СПИДом, психическим заболеванием, или ВИЧ-инфекцией.
- 7.2.** Страховыми случаями не являются события, указанные в п. 2.3, если они произошли при следующих обстоятельствах:
- 7.2.1.** совершения Застрахованным противоправных действий, за которые предусмотрена ответственность действующим Уголовным Кодексом РФ;
 - 7.2.2.** управления Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо управление транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо передачи Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 7.2.3.** занятие, в том числе на разовой основе, экстремальными видами спорта, катание на горных лыжах, сноуборде, прыжки с парашютом, полеты на дельтаплане или парашлане, пилотирование летательных аппаратов, скалолазание, альпинизм, дайвинг, автоспорт, мотоспорт, любые единоборства, которые не были заявлены Страховщику в письменном виде до заключения Договора страхования или в период действия Договора страхования до начала занятий указанными видами спорта;
 - 7.2.4.** организованных (в составе спортивных организаций) занятий любыми видами спорта, в том числе участия Застрахованного в спортивных соревнованиях, турнирах, эстафетах и тренировочных сборах, если Страхователь не платил за страхование соразмерно повышенному страховому риску;
 - 7.2.5.** управление Застрахованным воздушным транспортным средством любого типа, совершение воздушного

полета, за исключением авиаперелета в качестве коммерческого пассажира, имеющего оплаченный билет, а также за исключением чартерного авиаперелета, по установленному маршрутно-трассовым листом (где указано, что данное судно выполняет полеты в соответствии с заданным графиком полетов) маршруту и расписанию официально зарегистрированной авиакомпании, если иное не согласовано со Страховщиком в письменной форме.

7.3. Страховщик может принять на страхование риски, указанные в п.п. 7.2.3 – 7.2.5 Правил. Соглашение о конкретных рисках, размерах страховой суммы и страховой премии по ним, должно быть достигнуто Сторонами в Договоре страхования отдельно.

7.4. Не является страховым случаем и не влечет страховой выплаты временная нетрудоспособность Застрахованного в связи с санаторно-курортным лечением, медицинской реабилитации, уходом за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, на период карантина и протезирования, в связи с беременностью и родами, а также их осложнениями и прерыванием беременности.

7.5. Страховым случаем не является смерть и инвалидность, наступившие вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного заболевания, имевшегося у Застрахованного до заключения Договора, при условии, что Страховщик не был поставлен об этом в известность при заключении Договора.

7.6. При заключении Договора Страхователь и Страховщик вправе договориться о выборочном применении отдельных положений настоящего раздела.

7.7. Страховщик освобождается от выплаты страховой суммы если страховой случай наступил вследствие:

7.7.1. умышленных действий Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового события, за исключением самоубийства Застрахованного, произошедшего по прошествии первых двух лет действия Договора страхования;

7.7.2. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения;

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

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

7.8. Дополнительно к пунктам 7.1.-7.5. не являются страховыми случаями события, указанные в п. 2.3.13 - 2.3.16., если они наступили в результате следующих обстоятельств:

7.9.1 болезни, симптомы или признаки которой существовали до даты начала срока страхования, о которых Страховщик не был уведомлен в письменном виде до заключения Договора страхования;

7.9.2. рождения ребенка, аборта, кесарева сечения;

7.9.3. стерилизации или оплодотворения, в том числе искусственного;

7.9.4. нераспространенного рака in situ (неинвазивный), всех форм рака кожи, за исключением злокачественной меланомы;

7.9.5. обследования эндоскопом, лапароскопом, артроскопом;

7.9.6. стоматологического лечения, операции в полости рта,

связанной со стоматологическим лечением;

7.9.7. гнойно-воспалительных заболеваний кожи, тканей, суставов;

7.9.8. удаления материалов, имплантированных во время предыдущих операций;

7.9.9. наложения швов на кожу;

7.9.10. оперативного лечения небольших по площади поражения (до 18%) по глубине поражения (до III А степени) ожогов кожи;

7.9.11. лечения заболеваний, передаваемых половым путем;

7.9.12. косметических и пластических операций, за исключением косметических и пластических операций проведенных в течение 6 месяцев после несчастного случая и после письменного согласия Страховщика для устранения последствий несчастного случая, произошедшего во время страхования;

7.9.13. пороков развития или врожденных или наследственных заболеваний.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. В период действия Договора Страхователь имеет право:

8.1.1. отказаться от Договора;

8.1.2. назначить или заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика (с согласия Застрахованного), за исключением случаев, когда Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. уплачивать страховые взносы в размере и сроки, установленные Договором;

8.2.2. сохранять документы, подтверждающие уплату им страховых взносов, и представлять их по требованию Страховщика;

8.2.3. в течение 30 дней со дня причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного уведомить о свершившемся страховом случае любым доступным образом, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события может быть исполнена Застрахованным или Выгодоприобретателем;

8.2.4. незамедлительно сообщать Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (например: изменение рода деятельности (профессии) Застрахованного; профессиональные занятия видами спорта; занятия экстремальными видами спорта).

8.2.5. в случае обращения к Страховщику с заявлением о страховом случае по рискам, указанным в пунктах 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.6-2.3.14 настоящих Правил, Страхователь обязан по требованию Страховщика обеспечить прохождение (застрахованным лицом медицинского освидетельствования (в т.ч. контрольное освидетельствование в бюро МСЭ).

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. после принятия всех установленных п.п. 6.4, 6.5, 6.6. и

6.9 документов провести собственное расследование, в ходе которого проверить достоверность информации, обратиться в компетентные органы с запросом об обстоятельствах смерти или несчастного случая, направить Застрахованного на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера полученного повреждения, провести независимую экспертизу;

8.3.2. отказать в страховой выплате при невыполнении со стороны Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) обязанности, указанной в п. 8.2.3 настоящих Правил, что повлекло за собой невозможность установления причин или обстоятельств наступления страхового случая; если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

8.3.3. в случае возникновения в период действия Договора страхования обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. В случае возражений Страхователя (Выгодоприобретателя) против предложения Страховщика, последний вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. произвести страховую выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю) (отказать в выплате) при наступлении страхового случая в течение 20 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в п.6.4, .6.5., 6.6. и 6.9 настоящих Правил, если иной срок не установлен Договором страхования;

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

8.5. Застрахованный имеет право:

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

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

8.5.3. ознакомиться с условиями Договора.

8.6. Застрахованный обязан:

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

8.6.2. пройти по требованию Страховщика медицинское освидетельствование (в том числе контрольное освидетельствование в Бюро МСЭ).

9. УСЛОВИЯ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования досрочно прекращается в случаях:

9.1.1. смерти Застрахованного лица, не квалифицирован-

ной в качестве страхового случая (в отношении данного Застрахованного);

9.1.2. исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

9.1.3. отказа Страхователя от Договора (в день поступления к Страховщику заявления о расторжении Договора).

9.2. При отказе Страхователя – физического лица от Договора:

9.2.1. если заявление об отказе поступило до даты начала действия страхования и с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (четырнадцать) календарных дней, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме;

9.2.2. если заявление об отказе поступило после начала действия страхования и с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (четырнадцать) календарных дней, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии пропорционально не истекшему сроку страхования (при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страховых случаев).

Размер суммы, подлежащей возврату (ВВ), рассчитывается по формуле:

$ВВ = (1 - M / N) \times П$, где М - количество дней, в течение которых Договор продействовал, N - количество дней в оплаченном сроке страхования, П - сумма уплаченной страховой премии.

9.3. При отказе Страхователя от Договора в случаях иных, чем указано в п. 9.2 Правил страхования, при условии, что Договор заключен на срок не менее одного месяца и оплачен полностью, Страховщик производит возврат части полученной страховой премии.

Размер суммы, подлежащей возврату (ВВ), если иное не предусмотрено Договором страхования, рассчитывается по формуле:

$ВВ = 0,40 \times (1 - M / N) \times П - В$, где М - количество месяцев, в течение которых Договор продействовал, N - количество месяцев в оплаченном сроке страхования (неполный месяц считается за полный), П - сумма уплаченной страховой премии, В - сумма произведенной страховой выплаты.

9.4. Возврат Страхователю причитающейся согласно пп. 9.2, 9.3. Правил страхования суммы страховой премии или её части производится в течение 10-ти рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования.

Возврат производится Страхователю на основании его заявления, Полиса (Договора), документа, удостоверяющего личность получателя.

Возврат производится наличными денежными средствами в кассе Страховщика либо путем перечисления на банковские реквизиты, предоставленные Страхователем в письменном виде. Если банковские реквизиты для перечисления страховой премии предоставлены Страхователем позже заявления об отказе от Договора страхования, вышеуказанный срок для возврата страховой премии начинает течь с даты предоставления таких реквизитов.