

ПОЛИС (договор страхования) №  
 Policy №

2320978-3

ТЕСТ ТЕСТ

Страхователь / Insured

**01.06.2016** **05.06.2016** **5**  
 Начало страхования Конец страхования Количество дней  
 Begin of insurance End of insurance period Number of days  
 period

**27.05.2016 Moscow**  
 Дата и место выдачи / Date and place of issue

Страховщик несет ответственность только в пределах указанного количества дней, обозначенного в графе «Количество дней» настоящего договора. При каждом выезде на территорию действия договора страхования, указанное количество дней автоматически уменьшается на количество дней, проведенное на территории действия договора. Ответственность Страховщика прекращается по истечению указанного количества дней.

Программы страхования, действующие в отношении всех застрахованных Insurance programs, applicable to all insured Страховая сумма по каждому застрахованному / Sum insured per person Франшиза по каждому случаю Deductible any one occurrence

<b>Медицинские расходы / Medical Expenses</b>	<b>240000 RUR</b>
<b>Несчастный случай / Travel accident</b>	<b>100000 RUR</b>

Расходы на транспортировку, эвакуацию и репатриацию – в пределах страховой суммы. The expenses for medical transportation, evacuation and repatriation are covered within the Sum insured. Расходы по оплате назначенных врачом перевязочных средств и средств фиксации оплачиваются в пределах 3000 РУБ по каждому страховому случаю. / The expenses for prescribed bandages and fixing means are covered within 3000 RUB in any one occurrence.

**По настоящему полису застрахованы: / under this policy is insured:**

	Фамилия, имя Застрахованного Name, Surname Insured person	Д.р. рождения Birthday date	Дополнительные риски, включенные в полис в отношении Застрахованного: Additional risks, included in the policy
1	Тест Тест	01.01.1990	

Страхование **медицинских расходов** осуществляется в соответствии с «Правилами страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России», утвержденными 24.06.2015г. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оказанием Застрахованному во время поездки по России экстренной медицинской и медико-транспортной помощи, при реализации страхового риска, связанного с затратами на оказание медицинской и медико-транспортной помощи, а также с затратами на получение транспортных услуг, включая услуги по репатриации, явившихся следствием страхового случая. Страховыми случаями признаются обращение Застрахованного лица или его представителей в круглосуточный Сервисный центр или непосредственно за оказанием медицинской помощи в связи с внезапным заболеванием (п. 3.3. Правил), несчастным случаем (п. 3.4. Правил), а также смертью Застрахованного при условии, что указанные события произошли во время поездки Застрахованного по России, в период его действия и повлекли необходимость обращения за медицинскими услугами и/или возникновение расходов на оплату медицинской помощи, осуществление репатриации и/или оказание иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе транспортных. Страховым случаем не является обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникшего в связи с алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного. Произошедшие события не признаются страховыми случаями, если они связаны с: хроническими заболеваниями, известными к моменту заключения договора страхования, а также с заболеваниями, имевшимися до заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет; онкологическими заболеваниями, психическими заболеваниями и судорожными состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.); наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита; с ведением беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока. Полный список случаев, не являющихся страховыми, и исключений из Правил указан в разделах 3, 5 Правил. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в договоре страхования, страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 3.5.7 – 3.5.12 Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов. При этом наличие отметки в поле «Дополнительные риски, включенные в полис в отношении Застрахованного» является обязательным.

Страхование от несчастных случаев осуществляется в соответствии с «Правилами страхования от несчастных случаев и болезней», утвержденными 24.06.2015г. Объектом страхования являются имущественные интересы, не противоречащие законодательству Российской Федерации, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам. Несчастным случаем является внезапное, непреднамеренное и непредвиденное для Застрахованного стечение внешних обстоятельств и условий, при котором вопреки воле Застрахованного в результате телесных повреждений или токсического воздействия причиняется вред здоровью Застрахованного или наступает его смерть. Договором страхования установлено, что застрахованным по договору может быть физическое лицо любого возраста. В договор страхования согласно «Правилам страхования от несчастных случаев и болезней» включены следующие риски: 3.3.а - смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая; 3.3.б - постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая; 3.3.г - травма (телесные повреждения) Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая и предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем. Полный список случаев, не являющихся страховыми, и исключений из Правил указан в разделе 3 Правил. При наступлении страхового случая по договору страхования применяется порядок расчета страховых выплат, указанный в п. 6.1; п. 6.2 Вариант А; п. 6.3 Вариант А «Правил страхования от несчастных случаев и болезней».

**ОБЩАЯ ПРЕМИЯ / TOTAL PREMIUM\* 178.25 RUR (128.25 + 50.00)**

**Территория страхования / Valid in RUSSIAN FEDERATION**

**Круглосуточный сервисный центр / 24-hours emergency center: (+7 495) 921-46-61, +44 20 351 944 94; e-mail: tur@smileassistance.com; skype: smile.ingos**

**Страховщик не возмещает расходы, произведенные без предварительного подтверждения со стороны Сервисного Центра (п.п. 9.1 – 9.3 «Правил страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России»).**

Во избежание сомнений срок действия договора страхования, а также дата наступления страхового случая определяются по времени территории страхования, а если на территории страхования несколько часовых поясов, то по часовому поясу текущего места нахождения Застрахованного.

\*Размер страховой премии указывается в счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью договора страхования.

Настоящий договор страхования (полис) заключен в соответствии с «Правилами страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России», именуемыми также как Правила, утвержденными 24.06.2015г., «Правилами страхования от несчастных случаев и болезней», именуемыми как Правила, утвержденными 24.06.2015г. Страхователь Правила получил, с ними ознакомлен и согласен. Подписывая настоящий договор страхования Страхователь в письменной форме в порядке, предусмотренном ст.12 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», дает Страховщику СПАО «Ингосстрах» (местонахождение: 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2, ИНН 7705042179) собственное информированное согласие на передачу своих персональных данных, в том числе, при необходимости, трансграничную, а также иной информации, связанной с исполнением Договора страхования Сервисным Центром Страховщика, указанным на договоре страхования. Под обработкой персональных данных понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Подписывая настоящее заявление на страхование, я даю СПАО «Ингосстрах» свое согласие на информирование меня о других продуктах и услугах, на получение мною рассылки, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений с СПАО «Ингосстрах». В том числе, в случае регистрации в личном кабинете СПАО «Ингосстрах» даю свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих меня как Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru. Я уведомлен и даю свое согласие на то, что после прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва мною как субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Я уведомлен о том, что согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною как субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах в любой момент направления письменного заявления Страховщику. При этом Страховщик вправе продолжить обработку моих персональных данных только в случаях, когда для такой обработки не требуется согласие субъекта персональных данных.

**Страхователь физическое лицо может расторгнуть договор страхования (полис) в части страхования медицинских расходов на специальных условиях в соответствии с Указанием Банка России № 3854-У от 20.11.2015 «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования».**



Подпись Страховщика / Агента  
 Signature of the Insurer / Agent

Страхователь Правила страхования и счет получил, подпись  
 Страхователя / Застрахованного / Signature of Insured / Insured person

## Правила страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России

Утверждены 24 июня 2015г.

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховые случаи
4. Расходы, покрываемые Страховщиком
5. Расходы, не покрываемые Страховщиком
6. Страховая сумма. Страховая премия
7. Действие договора страхования
8. Порядок заключения договора страхования
9. Действия сторон при наступлении страхового случая
10. Случаи отказа в страховой выплате
11. Прекращение действия договора страхования
12. Права и обязанности сторон
13. Порядок рассмотрения споров

### 1. Общие положения

1.1 Правила страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и являются неотъемлемой частью договора страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России (далее по тексту – договора страхования). Договор страхования может содержать другие условия, определяемые по соглашению сторон.

1.2 СПАО «Ингострах» является Страховщиком и заключает договоры страхования экстренных медицинских и транспортных расходов во время поездки по России.

1.3 По договору страхования Страхователями могут быть юридические и дееспособные физические лица.

1.4 Страхователи вправе заключать договоры страхования в отношении третьих лиц (Застрахованных). В случае если Договор заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица.

### 2. Объект страхования

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оказанием Застрахованному во время поездки по России экстренной медицинской и медико-транспортной помощи, при реализации страхового риска, связанного с затратами на оказание медицинской и медико-транспортной помощи, а также с затратами на получение транспортных услуг, включая услуги по репатриации, явившихся следствием страхового случая.

### 3. Страховые случаи

3.1 Страховым случаем по настоящим Правилам является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2 Страховыми случаями признаются обращение Застрахованного лица или его представителей в круглосуточный Сервисный центр или непосредственно за оказанием медицинской помощи в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем, а также смертью Застрахованного при условии, что указанные события произошли во время поездки Застрахованного по России, в период его действия и повлекли необходимость обращения за медицинскими услугами и/или возникновение расходов на оплату медицинской помощи, осуществление репатриации и/или оказание иных услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе транспортных.

3.3 Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно и требующая неотложного медицинского вмешательства.

3.4 Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное, внешнее событие, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

3.5 Страховым случаем не является обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникших в связи с:

3.5.1 алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного;

3.5.2 самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного;

3.5.3 воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

3.5.4 стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеоусловиями;

3.5.5 умышленными действиями Застрахованного и/или заинтересованных третьих лиц, направленными на наступление страхового случая;

3.5.6 совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

3.5.7 полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управлением профессиональным пилотом;

3.5.8 полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах;

3.5.9 военными действиями и их последствиями, народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;

3.5.10 службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;

3.5.11 занятием Застрахованного профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, рафтингом, верховой ездой, дайвингом, катанием на горных лыжах, на сноуборде, а также прыжками и полетами на парашюте;

3.5.12 занятием Застрахованным опасными видами деятельности (в том числе в качестве горняка, строителя, электромонтажника);

3.5.13 с целью получить лечение. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением.

3.6 События, указанные в п. 3.1 Правил, не признаются страховыми случаями, если они связаны с:

3.6.1 хроническими заболеваниями, известными к моменту заключения договора страхования, а также с заболеваниями, имевшимися до заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет;

3.6.2 онкологическими заболеваниями,

3.6.3 психическими заболеваниями и судорожными состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.);

3.6.4 наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита;

3.6.5 с ведением беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока.

3.7 По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в договоре страхования, страховыми случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в п.п. 3.5.7 – 3.5.12 Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов.

### 4. Расходы, покрываемые Страховщиком

4.1 При наступлении страхового случая Застрахованный информирует Сервисный центр, если необходимость такого обращения предусмотрена договором страхования (страховым полисом) и/или настоящими правилами, заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Сервисный центр организует оказание услуг, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги. Под Сервисным центром в смысле настоящих Правил понимается специализированная организация (компания), реквизиты которой указаны в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами. По настоящим Правилам Страховщик в соответствии с договором страхования оплачивает специализированным организациям (компаниям), организующим и осуществляющим указанные ниже мероприятия, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов об осуществлении им соответствующих выплат следующие расходы:

А. Расходы по экстренной медицинской помощи, а именно:

4.1.1 по амбулаторному лечению, включая врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

4.1.2 по пребыванию и лечению в стационаре (в палате стандартного типа), расходы на врачебные услуги, проведение операций, диагностических исследований, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

Б. Расходы по медико-транспортной помощи, а именно:

4.1.3 по эвакуации (транспортировке автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством) с места происшествия в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу, а также при переводе в другое медицинское учреждение, предписанном лечащим врачом и подтвержденном заключением врача Страховщика/Сервисного Центра;

4.1.4 по экстренной медицинской репатриации адекватным транспортным средством, включая сопровождение (если такое сопровождение предписано врачом), до места жительства Застрахованного в том случае, если требуемая медицинская помощь не может быть предоставлена на месте, что подтверждается заключением врача Страховщика/Сервисного центра на основании документов от местного лечащего врача. Расходы по экстренной медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

4.1.5 по медицинской репатриации Застрахованного до места жительства Застрахованного или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит. Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования суммы.

В. Расходы на транспортные услуги, а именно:

4.1.6 возвращение Застрахованного к месту жительства экономическим классом, в случае если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и возместить их стоимость Страховщику. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного стоимость неиспользованных проездных документов;

4.1.7 возвращение к месту жительства экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном во время поездки, в случае, если дети остались без присмотра в результате страхового случая. Решение о необходимости сопровождения детей принимает Страховщик/Сервисный центр;

Г. Расходы на репатриацию останков, а именно:

4.1.8 репатриация останков, санционированная Сервисным центром, до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая. При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

Д. Расходы сервисного Центра по организации помощи, предусмотренной настоящими Правилами.

4.2 Экстренная медицинская помощь (п.п. 4.1.1 – 4.1.3 Правил) оказывается Застрахованным медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком/Сервисным Центром. Способы транспортировки Застрахованного (п.п. 4.1.4 - 4.1.8 Правил) определяются Страховщиком/Сервисным Центром с учетом медицинских показаний. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

### 5. Расходы, не покрываемые Страховщиком

5.1 Страховщик не покрывает следующие расходы:

5.1.1 связанные с лечением хронических заболеваний, а также заболеваний, известных и/или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет;

5.1.2 вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;

5.1.3 на купирование и лечение судорожных состояний, нервных и психических

заболеваний, неврозов;

5.1.4 на диагностические манипуляции (в том числе консультации и лабораторные исследования) без последующего лечения;

5.1.5 на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе на ангиопластику и шунтирование даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

5.1.6 на лечение онкологических заболеваний;

5.1.7 на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;

5.1.8 на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем, на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры;

5.1.9 на лечение ВИЧ-инфекции, а также заболеваний, являющихся ее следствием;

5.1.10 связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности вне зависимости от ее сроков, а также расходы по родовспоможению и послеродовому уходу за ребенком;

5.1.11 на лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

5.1.12 связанные с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов) и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное;

5.1.13 на оказание стоматологической помощи кроме расходов на осмотр, экстренное лечение и медикаменты при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая;

5.1.14 связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

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

5.1.16 на лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и т. п.;

5.1.17 по лечению Застрахованного и/или уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением, и последующим возвращением к месту постоянного проживания;

5.1.18 связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

5.1.19 на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

5.1.20 на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях;

5.1.21 в случаях, когда поездка была предпринята Застрахованным с намерением получить лечение;

5.1.22 на проведение дезинфекции, вакцинации;

5.1.23 на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

5.1.24 связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: платы типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.д.;

5.1.25 которые имели место после возвращения Застрахованного к месту жительства, а также после прекращения действия договора страхования и/или за пределами Российской Федерации;

5.1.26 превышающие установленные страховые суммы;

5.1.27 связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

5.1.28 на лечение в барокамере;

5.1.29 по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Сервисным центром.

5.2 Если в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачом/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю.

## **6. Страховая сумма. Страховая премия**

6.1 Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в страховом полисе.

6.2 Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его полномочному представителю) в соответствии с договором страхования.

6.3 Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами, действующими на момент заключения договора страхования, с учетом страхового риска и срока страхования. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, с учетом повышающих или понижающих коэффициентов. В случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную п.п. 3.5.7 – 3.5.12 Правил, а также лиц в возрасте старше 70 лет - страховая премия уплачивается ими в соответствии с установленными Страховщиком повышающими коэффициентами.

6.4 Размер страховой премии указывается в договоре страхования (страховом полисе) или счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью договора страхования

6.5 Страховая премия вносится Страхователем разовым платежом за весь период страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.6 Оплата страховой премии может производиться в безналичной форме или наличными деньгами. Страховая премия считается уплаченной: при безналичной форме – с даты поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика; при уплате наличными деньгами - с момента уплаты страховой премии в кассу Страховщика (по квитанции его полномочному представителю).

6.7. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством РФ может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

6.8. Если иного не предусмотрено соглашением сторон, страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена до получения договора страхования (полиса) Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты подачи заявления о заключении договора страхования.

6.9. В случае неуплаты страховой премии на условиях, установленных договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо последствий для его сторон (если договором страхования не предусмотрено иное).

## **7. Действие договора страхования**

7.1 Договор страхования заключается на срок не более одного года, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.2 Страхование вступает в силу при начале поездки, но не ранее 00.00 часов указанной в страховом полисе (и идентификационной карточке) даты начала страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Под началом поездки понимается: для иностранных граждан - прибытие на территорию Российской Федерации (пересечение государственной границы, удостоверяемое отметкой пограничной службы в паспорте); для российских граждан - выезд Застрахованного за административные границы своего места жительства на расстояние более 100 км, если в договоре страхования не установлено иное расстояние. Местом жительства признается населенный пункт, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

7.2.1 Если к моменту окончания срока действия договора страхования возвращение Застрахованного из поездки невозможно в связи с госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик выполняет свои обязанности, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и связанные с данным страховым случаем в течение 4-х (четырёх) недель, считая со дня, указанного в полисе как срок окончания действия договора страхования.

7.3 Договор страхования не действует:

для иностранных граждан – за пределами Российской Федерации;

для российских граждан – за пределами Российской Федерации и в пределах 100 км. зоны административных границ места жительства Застрахованного, если в договоре страхования не установлено иное расстояние.

## **8. Порядок заключения договора страхования**

8.1 Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (его полномочному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования либо сообщает об этом письмом, телефонограммой или телекомом с указанием следующих данных:

8.1.1 фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;

8.1.2 наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь – юридическое лицо. В данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;

8.1.3 планируемые даты начала и окончания поездки;

8.1.4 цель поездки;

8.1.5 профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает в поездку для работы;

8.1.6 вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

8.1.7 страховая сумма.

8.2 При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

8.3 Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях страхового риска, происходящих в период действия договора страхования.

8.4 Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного. По требованию Страховщика Застрахованный должен заполнить опросный лист.

8.5 Факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом с приложением настоящих Правил, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ. При необходимости также выдается идентификационная карточка.

8.6 При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

8.7 Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласий физических лиц – Застрахованных и Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которым у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящим пунктом. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве

согласия на обработку персональных данных. После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

## 9. Действия сторон при наступлении страхового случая

Если в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный (его представитель) обязан:

9.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Сервисный Центр Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся и сообщить оператору следующую информацию: Фамилию, имя Застрахованного; Номер страхового полиса; Характер требуемой помощи; Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

9.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисного центра;

9.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал страхового полиса;

9.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в страховом полисе;

9.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора;

9.1.6. соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.1.7. при невозможности связаться с Сервисным центром в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить страховой полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисного центра, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисного центра;

9.1.8. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 9.1.1. Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

9.2. После получения информации Сервисный центр Страховщика организует оказание Застрахованному необходимых медицинских, медико-транспортных и иных услуг на бесплатной основе, предусмотренных договором страхования, а Страховщик оплачивает расходы Сервисного центра по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с Разделом 4 настоящих Правил. Расходы на первичный звонок в Сервисный Центр возмещаются Застрахованному при предъявлении оригиналов подтверждающих документов на бланке соответствующей организации с печатью и подписью ответственного лица. При этом счет за звонок в Сервисный центр должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма.

9.3. При нарушении п.п. 9.1.-9.2. Правил расходы, понесенные непосредственно Застрахованным, не подлежат возмещению.

9.4. Если в договоре страхования (страховом полисе) не предусмотрено обязательное обращение в Сервисный Центр, Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг одним из следующих способов:

9.4.1. в строгом соответствии с процедурой, описанной в п. 9.1. Правил;

9.4.2. самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение, предъявить персоналу страховой полис, самостоятельно оплатить расходы за оказанные услуги. При этом Страховщик не осуществляет никаких мероприятий по выяснению информации и получению документов, указанных в п. 9.5. настоящих Правил.

9.5. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Застрахованный после возвращения из поездки представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин обращения в Сервисный Центр;
- Страховой полис;

- Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

- Выписанные врачом рецепты в связи с данным заболеванием со штампом аптеки и указанием стоимости приобретенных медикаментов;

- Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

- Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;

- Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов.

9.6. Для возмещения расходов Застрахованного, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг. При представлении неоплаченных счетов Застрахованный обязан дать письменные объяснения.

9.7. Заявление и документы, указанные в п. 9.5. Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного из поездки, в течение которой произошел страховой случай.

9.8. Страховая выплата в виде возмещения понесенных Застрахованным расходов производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента представления указанных в пункте 9.5. Правил документов. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного врачом Страховщика. При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю, выплата страхового обеспечения производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех запрошенных документов. После осуществления страховой выплаты оригиналы документов Застрахованным не возвращаются.

9.9. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

## 10. Случаи отказа в страховой выплате

10.1 Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения по договору страхования, если имели место:

10.1.1. расходы, возникшие после прекращения (истечения срока действия полиса) действия договора страхования, за исключением случаев предусмотренных п. 7.2.1. настоящих Правил и/или после возвращения Застрахованного к месту постоянного проживания;

10.1.2. расходы, возникшие за пределами Российской Федерации;

10.1.3. нарушение п.п. 8.2, 8.3, раздела 9 настоящих Правил;

10.1.4. предоставление Страховщику документов с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного или оказанных ему медицинских и связанных с ними услуг;

10.1.5. содействие (умышленное или по неосторожности) увеличению размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо принятие разумных мер к их уменьшению;

10.1.6. отказ Застрахованного пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика и/или отказ давать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения, если событие не было признано страховым согласно п.п. 3.5., 3.6. настоящих Правил.

10.3 Страховщик не осуществляет выплату страхового возмещения по договору страхования, если страховой случай наступил вне периода действия договора страхования.

10.4. Обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения прекращается с истечением срока исковой давности.

10.5 Решение об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа, в срок, предусмотренный для осуществления страховой выплаты.

## 11. Прекращение действия договора страхования

11.1 Договор страхования прекращается:

11.1.1 по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

11.1.2 в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

11.1.3 в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

11.2 Договор страхования может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий договора страхования) с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации. При этом возврат страховой премии осуществляется в следующем порядке:

11.2.1 при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика последний возвращает Страхователю полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов Страховщика; если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем договора страхования, то страховая премия не возвращается;

11.2.2 при досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, заявленному Страховщику в письменной форме до окончания действия договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов на ведение дела Страховщика согласно действующей лицензии; в случае, если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком договора страхования, то последний возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью.

11.3 В случае, когда Застрахованный заявляет о своем невыезде в поездку после истечения периода страхования, указанного в договоре страхования, страховая премия не возвращается.

11.4 В случае досрочного прекращения договора страхования возврат страховой премии производится в течение пяти банковских дней с момента получения письменного уведомления.

## 12. Права и обязанности сторон

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил или экземпляр договора страхования;

12.1.2. при необходимости выдать идентификационную карточку;

12.1.3. при страховом случае произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

12.1.4. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона.

12.2. Страхователь обязан:

12.2.1. своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

12.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

12.2.3. по требованию Страховщика заполнить опросный лист в отношении Застрахованного.

12.3. Застрахованный обязан:

12.3.1. пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика;

12.3.2. давать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

12.4. Страховщик имеет право:

12.4.1. при заключении договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья;

12.4.2. проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

12.4.3. запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного;

12.4.4. провести медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика после наступления страхового случая.

12.4.5. отказать в выплате страхового возмещения, если Застрахованный отказался пройти обследование для оценки его фактического состояния по требованию Страховщика и/или отказался дать согласие на предоставление Страховщику информации о состоянии его здоровья.

12.5. Страхователь имеет право:

12.5.1. на своевременное получение страхового полиса (договора страхования).

12.6. Застрахованный имеет право:

12.6.1. на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные договором страхования.

## 13. Порядок рассмотрения споров

Споры, связанные с договором страхования, разрешаются путем переговоров. Если

соглашение не достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в соответствии с

## Правила страхования от несчастных случаев и болезней

Утверждены 24 июня 2015г.

### 1. Общие положения

1.1. Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах» (именуемое в дальнейшем «Страховщик») на условиях настоящих Правил страхования от несчастных случаев и болезней (именуемых в дальнейшем «Правилами») и действующего законодательства Российской Федерации заключает с физическими и юридическими лицами (именуемыми в дальнейшем «Страхователями»), договоры страхования от несчастных случаев и болезней (именуемые в дальнейшем «Договоры»).

1.2. Страхователем может выступать:

- юридическое лицо любой формы собственности;
- дееспособное физическое лицо.

1.3. Страхователь вправе заключать Договор в отношении третьего лица в пользу последнего (именуемого в дальнейшем «Застрахованным»). Застрахованным может быть физическое лицо, возраст которого на момент заключения Договора составляет от 2 до 75 лет.

Договоры, заключенные в отношении единственного Застрахованного или нескольких Застрахованных, находящихся в родственной связи, признаются Договорами индивидуального страхования, кроме случаев, когда заключение данных Договоров обусловлено соглашениями между Застрахованными и их кредиторами.

Договоры, заключенные в отношении нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования, единственного Застрахованного, при условии, что заключение данных Договоров обусловлено соглашениями между Застрахованными и их кредиторами являются Договорами коллективного страхования.

1.4. Лицо, на момент заключения Договора страдающее психическими заболеваниями (слабоумием, эпилепсией, другими тяжелыми расстройствами нервной системы), лицо с врожденными аномалиями, инвалид I или II группы и инвалид детства, а также носитель ВИЧ или больной СПИДом, может быть Застрахованным только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. При невыполнении данного условия заключенный в отношении такого лица Договор признается недействительным с момента его заключения.

1.5. Получателем страховой выплаты по Договору является Застрахованный или назначенный по договору Выгодоприобретатель, а в случае смерти застрахованного лица – указанный на этот случай в Договоре Выгодоприобретатель или, если Выгодоприобретатель не указан, то наследники Застрахованного, устанавливаемые в соответствии с законодательством Российской Федерации. Назначение Выгодоприобретателя может быть произведено только с письменного согласия Застрахованного лица. Если получателем страховой выплаты является:

- малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родители, усыновитель либо опекун;
- несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остаётся за самим получателем;
- лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;
- лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остаётся за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в п.п. а), в), г) данной статьи, страховая выплата производится указанным законным представителям получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

1.6. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования или Выдержки из Правил, страховые программы к отдельному Договору или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие Полисные условия или Выдержки из Правил прилагаются к Договору страхования наряду с настоящими Правилами страхования и являются его неотъемлемой частью.

### 2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, не противоречащие законодательству Российской Федерации, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного.

### 3. Страховые случаи, страховые риски

3.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

#### 3.2. Определения

3.2.1. Несчастным случаем является внезапное, непреднамеренное и непредвиденное для Застрахованного стечение внешних обстоятельств и условий, при котором вопреки воле Застрахованного в результате телесных повреждений или токсического воздействия причиняется вред здоровью Застрахованного или наступает его смерть. Не являются несчастным случаем, в смысле настоящих Правил, остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

3.2.2. Болезнью является диагностированное квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

3.2.3. Хирургической операцией является медицинская процедура, осуществляемая посредством рассечения тканей тела квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами.

3.2.4. Госпитализацией является помещение больного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии. При этом госпитализацией не признается: помещение

Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

3.3. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование. В Договор могут быть включены по соглашению сторон и в соответствии с Правилами (п.4.1, п.4.2) следующие риски в любой их комбинации, но с учетом ограничений п. 4.1. настоящих Правил:

- смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;
- постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;
- временная утрата трудоспособности Застрахованного (для Застрахованных в возрасте от 2 до 16 лет и для неработающих Застрахованных, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) наступившая в результате несчастного случая;
- травма (телесные повреждения) Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая и предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем;
- смерть Застрахованного, наступившая в результате болезни или несчастного случая;
- полная постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, наступившая в результате болезни или несчастного случая;
- временная утрата трудоспособности Застрахованного наступившая в результате болезни или несчастного случая;
- проведение Застрахованному хирургической операции, при этом болезнь, потребовавшая хирургического лечения, должна быть впервые диагностирована в течение срока страхования. Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в приложении «Таблица размеров страховых выплат при хирургических вмешательствах»;
- госпитализация Застрахованного вследствие болезни или несчастного случая;
- установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций определенных в договоре страхования. Перечень болезней, хирургических операций и специальные условия страхования по данному страховому событию приведены в Приложении 1 к настоящим Правилам.

3.4. Смерть и постоянная утрата трудоспособности, наступившие в результате имевшего место в течение срока страхования несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее, чем в течение одного года со дня несчастного случая. События, указанные в п.3.3 Правил, произошедшие в результате несчастного случая, признаются страховыми событиями, если несчастный случай произошел в период действия договора страхования. События, указанные в п.п. 3.3 з), и), Правил, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми событиями, если заболевание было впервые диагностировано в период действия договора страхования или характерные симптомы заболевания впервые проявились в период действия договора.

3.5. Для признания событий, указанных в п.3.3 Правил, страховыми случаями, они должны быть подтверждены документами, выданными компетентными органами.

3.6. Если иное не установлено договором страхования, события, указанные в п.3.3 Правил, не признаются страховыми случаями, если они наступили в результате:

- умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем в случае смерти Застрахованного, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
- совершения Застрахованным уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
- алкогольного отравления Застрахованного, наркотического или токсического опьянения (отравления) в результате употребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);
- управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;
- управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- самоубийства Застрахованного (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет). Исключение составляют случаи доведения Застрахованного до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц;
- действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, их последствий, гражданских, военных переворотов, народных волнений, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;
- полета Застрахованного на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- занятий Застрахованным опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, дельтапланеризм, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.);
- профессиональных занятий Застрахованным спортом;
- болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. Случаи заражения застрахованного ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми.

3.7. Если иное не установлено договором страхования, страховыми случаями также не признаются:

- смерть или инвалидность Застрахованного, наступившая вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания, имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора, при условии, что Страховщик не был поставлен об этом в известность при заключении Договора;
- временная утрата трудоспособности или госпитализация в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного на дату заключения Договора или о наличии которого Застрахованный мог догадываться по имеющимся симптомам;
- временная утрата трудоспособности в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности вследствие беременности или

ее прерывания, лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного), заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

г) хирургические операции, связанные с беременностью и родами, аборты, лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, вскрытие воспалений кожи, тканей и суставов, удаление шовного материала, пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора), хирургические операции, прямо или косвенно связанные с заболеванием СПИДом, диагностика методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, удаление неопролиферирующих опухолей in-situ, операции, связанные со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы, операции по смене пола, стерилизация;

д) случаи госпитализации, связанные с беременностью и родами, абортами, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

#### 4. Договор страхования и порядок его заключения

4.1. Страхователь имеет право заключить Договор страхования на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п.3.3 Правил, при этом включение в Договор риска смерти (п.3.3.а или п.3.3.д Правил) является обязательным. В случае если Застрахованным является ребенок до 18-ти лет, обязательное включение риска смерти заменяется на обязательное включения риска инвалидности (п. 3.3. б или п. 3.3. е Правил).

4.2. Договор не заключается в отношении лиц:

а) возраст которых превышает 64 года – на случай проведения Застрахованному хирургической операции или на случай госпитализации;

б) неработающих и тех, чей возраст превышает законодательно установленный пенсионный возраст – на случай временной утраты трудоспособности в результате болезни; данное положение не действует в случае продления Договора в отношении Застрахованного, чей возраст на дату продления не превышает 64 лет.

4.3. Договор заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. Если Страхователь является юридическим лицом, то к заявлению прилагается список Застрахованных. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) представить дополнительные документы с целью определения вероятности наступления страхового случая.

4.4. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора. Страховщик также вправе отказать в страховании или отложить заключение Договора в случае, если лицо, заявленное на страхование, на дату заявления страдает хроническим заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (например, онкологическим, сердечно-сосудистым заболеванием, диабетом и т.п.). Страховщик также вправе отложить заключение Договора, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

4.5. Страхователь назначает Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного с письменного согласия Застрахованного. Если Застрахованный является недееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного осуществляется Страхователем по согласованию с опекуном Застрахованного.

4.6. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) страховые риски;
- в) страховая сумма и лимиты ответственности Страховщика по страховым случаям;
- г) порядок расчета страховой выплаты;
- д) размер и порядок уплаты страховых взносов;
- е) дата начала и срок страхования;
- ж) время действия страхования: круглосуточно, при исполнении Застрахованным служебных обязанностей, при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.

4.7. Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом ответственность Страховщика по страховым выплатам начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления страхового взноса (единовременного или первой его части) на счет Страховщика или дня уплаты страхового взноса наличными деньгами в кассу Страховщика.

4.8. Страховщик оформляет и передает Страхователю страховой полис (страховой сертификат), подтверждающий заключение Договора. В случае утери страхового полиса (страхового сертификата) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат страхового полиса (страхового сертификата). После передачи дубликата страхового полиса (дубликата страхового сертификата) Страхователю утерянный экземпляр страхового полиса (страхового сертификата) считается недействительным.

#### 5. Страховая сумма и страховые взносы

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору. Размер страховой суммы устанавливается соглашением сторон Договора.

В рамках страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по любому из страховых рисков, указанных в Договоре, именуемые в дальнейшем: “страховая сумма по риску смерти”; “страховая сумма по риску инвалидности”; “страховая сумма по риску временной утраты трудоспособности”; “страховая сумма по риску травмы”; “страховая сумма по риску хирургической операции”; “страховая сумма по риску госпитализации”; “страховая сумма по риску критического заболевания”.

5.2. Страховым взносом является денежная сумма, уплачиваемая Страхователем Страховщику в качестве платы за страхование.

5.3. Размер страхового взноса (взносов) исчисляется исходя из страховых сумм по каждому риску, годовых тарифных ставок и срока страхования. Размер тарифной ставки определяется с учетом пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного, группы риска, зависящей от рода деятельности и условий труда Застрахованного. При сроке страхования менее одного года размер тарифной ставки исчисляется в

соответствии с формулой:

$$T = T_{\text{год}} \cdot \left(0,05 + \frac{0,95 \cdot t_{\text{дог.}}}{365}\right), \text{ где } T_{\text{год}} - \text{годовая тарифная ставка, } t_{\text{дог.}} - \text{срок договора в днях.}$$

5.4. Страховой взнос по Договору может быть уплачен Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок страхования, или в рассрочку, наличными деньгами представителю или в кассу Страховщика, или путем безналичных расчетов. Порядок уплаты страхового взноса определяется соглашением сторон Договора.

5.5. В случае оплаты страхового взноса в рассрочку Договором страхования может быть предусмотрен льготный период в течение 30-ти дней. Если в течение указанного периода времени взнос не был уплачен, Договор страхования прекращает свое действие.

5.6. Страховой взнос (при уплате в рассрочку - первая его часть) должен быть уплачен не позднее, чем в течение пяти дней со дня заключения Договора, если иной срок не установлен в Договоре.

#### 6. Порядок расчета страховых выплат

6.1. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.3.3.а или п.3.3.д Правил, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску смерти, установленной для Застрахованного.

6.2. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.3.3.б или п.3.3.е Правил, страховая выплата производится по одному из следующих вариантов:

Вариант А

- I группа инвалидности – 100%,
  - II группа инвалидности – 75%,
  - III группа инвалидности – 50%
- страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного;

Вариант Б

Данный вариант предполагает, что в случае установления Застрахованному I или II группы инвалидности, единовременная страховая выплата заменяется ежемесячными выплатами (выплатой ренты) в течение 5, 10, 15 или 20 лет. При этом размер ежемесячной выплаты рассчитывается как отношение страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного, к числу месяцев выплаты ренты;

Вариант В

по “Таблице размеров страховых выплат при постоянной утрате трудоспособности в результате несчастного случая” в зависимости от процента утраты трудоспособности, исходя из страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного;

Вариант Г

- I группа инвалидности – 100%,
  - II группа инвалидности – 100%,
- страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного. Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора.

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

- категории “ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет” страховая выплата составляет 100% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного;

- категории “ребенок–инвалид на срок два года” страховая выплата составляет 75% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного;

- категории “ребенок–инвалид на срок один год” страховая выплата составляет 50% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного.

6.3. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.3.3.в, п.3.3.г или п.3.3.ж Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А (п. 3.3.в и п. 3.3.г)

по “Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем” в зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы по риску временной утраты трудоспособности или травмы, установленной для Застрахованного;

Вариант Б (п.3.3.в или п. 3.3.ж)

0,3 % от страховой суммы по риску временной утраты трудоспособности, установленной для Застрахованного, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования; но не больше, чем 30% страховой суммы по одному страховому случаю. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия договора страхования. В зависимости от условий договора страхования расчет страховой выплаты может производиться по 2 вариантам:

- исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней;

- исходя из количества календарных дней нетрудоспособности.

Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период до 10 первых календарных дней временной нетрудоспособности. Если Договором установлен отложенный период, то дни, приходящиеся на отложенный период, не учитываются при расчете страховой выплаты.

Учитываются, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора.

6.4. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.3.3.з Правил, страховая выплата производится выплачивается по “Таблице размеров страховых выплат при хирургических вмешательствах”, исходя из страховой суммы по риску хирургической операции, установленной для Застрахованного.

6.5. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.3.3.и Правил, страховая выплата рассчитывается исходя из 0,5 % от страховой суммы по риску госпитализации, установленной для Застрахованного, за каждый день госпитализации вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не больше, чем за 45 дней по одному страховому случаю. Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период, при этом, соответственно, указанный период госпитализации при расчете страховой выплаты не учитывается.

6.6. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловила наступление последовательности событий, указанных в п.п. 3.3.а - 3.3.ж Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

6.7. Страховая выплата по страховым случаям, связанным с наступлением событий, указанных в п. 3.3.3 и п. 3.3 и Правил, производится независимо от других страховых выплат Застрахованному.

## 7. Порядок осуществления страховой выплаты

7.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и документов, указанных в п.7.2 Правил, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая.

7.2. Для получения страховой выплаты необходимо предоставить Страховщику договор страхования (полис) – по требованию Страховщика, заявление на страховую выплату с подробным описанием обстоятельств страхового случая и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов); документ, удостоверяющий личность получателя выплаты, и документы (или их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком), подтверждающие факт наступления страхового случая, конкретный перечень которых определяется Страховщиком в зависимости от произошедшего страхового случая, в том числе:

а) в связи со смертью Застрахованного:

- Нотариально заверенная копия "Свидательства о смерти";
- Оригинал справки (нотариально заверенная копия) о смерти из ЗАГСа с указанием причины смерти или копия заключительной части акта судебно-медицинской с результатами судебно-химических и других исследований, заверенная печатью органов МВД или прокуратуры;
- Копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная отделом кадров (в случаях, если период страхования только на работе и по пути на/с работу/у);
- Оригинал документа (справка, Постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости);
- Оригинал распоряжения Застрахованного о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) "Свидательства о праве на наследство", выданного нотариусом.

б) в связи с установлением Застрахованному группы инвалидности:

нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;

- Копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная печатью лечебного учреждения, выдавшего направление, или копия медицинской карты Застрахованного, заверенная печатью лечебного учреждения, или оригинал выписки из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного;

- Копия закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся – форма 095/у);

- Копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная отделом кадров (в случаях, если период страхования только на работе и по пути на/с работу/у);

- Оригинал документа (справка, Постановление) соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости);

в) в связи с постоянной полной (или частичной) нетрудоспособностью или в связи с временной утратой трудоспособности / временным нарушением здоровья Застрахованного в результате несчастного случая:

- Оригинал выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного или копия медицинской карты Застрахованного, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- Копия закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся – форма 095/у);

- Копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная отделом кадров (в случаях, если период страхования только на работе и по пути на/с работу/у);

- Оригинал документа (справка, Постановление) соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости);

г) в связи с временной утратой трудоспособности Застрахованного в результате заболевания:

- Оригинал выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного или копия медицинской карты Застрахованного, заверенная печатью лечебного учреждения; (данные документы представляются только в случаях непрерывного периода временной утраты трудоспособности Застрахованного сроком 15 календарных дней и более; в других случаях – по запросу Страховщика в соответствии с п. 7.3. настоящих Правил);

- Копия закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся – форма 095/у);

д) в связи с травмой (телесными повреждениями) Застрахованного в результате несчастного случая:

- Оригинал выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного или копия медицинской карты Застрахованного, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- Копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная отделом кадров (в случаях, если период страхования только на работе и по пути на/с работу/у);

- Оригинал документа (справка, Постановление) соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости);

е) в связи с перенесенным Застрахованным хирургическим вмешательством; в связи с госпитализацией Застрахованного:

- Оригинал выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного или копия медицинской карты Застрахованного, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- Копия закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся – форма 095/у);

7.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания последствий несчастного случая или заболевания страховым случаем и определения размеров страховой выплаты. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем: у Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

7.4. При принятии решения об отказе (отсрочки) в выплате лицу, претендующему на получение страховой выплаты, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом соответствующее лицо в течение 10 банковских дней со дня получения заявления о страховой выплате и документов, указанных в п.7.2, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая.

7.5. При принятии положительного решения о страховой выплате Страховщик производит данную выплату в течение 10 банковских дней с момента получения заявления о страховой выплате и документов, указанных в п.7.2, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая. Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета или выдачи их из кассы Страховщика.

7.6. Страховая выплата по желанию получателя может быть произведена либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или переводом по почте или иным способом по согласованию сторон. Расходы по перечислению страховой выплаты на банковский счет получателя и переводу его по почте несет получатель.

7.7. В случае смерти Застрахованного, которому была назначена и выплачивалась рента в связи с установлением ему инвалидности I или II группы (Вариант Б п.6.2 Правил), право на получение ренты переходит к Выгодоприобретателю.

7.8. В случае смерти Застрахованного соблюдается следующий приоритет по страховой выплате:

а) в первую очередь - указанному в Договоре Выгодоприобретателю. Если в Договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) – лицу, указанному в завещании Застрахованного;

в) при отсутствии получателя по п.7.8.а и п.7.8.б - лицу, признанному наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на наследство по закону.

Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором.

Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

7.9. При объявлении судом Застрахованного умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия договора страхования. При признании Застрахованного судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

7.10. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного или Выгодоприобретателя по доверенности, оформленной Выгодоприобретателем в установленном законом порядке.

## 8. Прекращение договора

8.1. Договор прекращается:

а) при наступлении даты окончания срока страхования;

б) при исполнении Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме.

8.2. Договор досрочно прекращается при ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов.

8.3. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя. В этом случае Страхователю возвращаются уплаченные им страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, если договор не предусмотрено иное. Если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил, то последний возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью.

8.4. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, в том числе при неуплате страхового взноса в установленные Договором сроки.

8.5. В случае досрочного прекращения Договора по инициативе Страховщика Страхователю возвращаются уплаченные им страховые взносы полностью. Если требование Страховщика обусловлено неисполнением Страхователем обязанностей по Договору, то он возвращает Страхователю страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

8.6. О намерении досрочного прекращения Договора стороны обязаны письменно уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора, если Договором не предусмотрено иное.

8.7. Ответственность Страховщика по досрочно прекращенному Договору заканчивается со дня списания денег со счета Страховщика или выдачи их через кассу наличными.

8.8. При изменении условий Договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение Договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм и т.п.), Страхователю возвращаются:

в случае прекращения Договора в отношении конкретных Застрахованных, уплаченные за этих Застрахованных страховые взносы за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

в случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных без изменения общей численности, часть уплаченных за этих Застрахованных страховых взносов за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, пропорциональную уменьшению ответственности.

По соглашению сторон Договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания Договора или, в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по Договору (включение в Договор новых Застрахованных, увеличение

страховых сумм и т.п.), проведен взаимозачет.

#### **9. Пролонгация срока страхования**

9.1. Если это предусмотрено договором, Страхователь вправе, кроме случаев, указанных в п. 9.4 Правил, продлить срок страхования в отношении Застрахованного при условии, что по любому из рисков сумма заявленного страховых выплат не превышает 50% от страховой суммы по этому риску. При этом Договор коллективного страхования должен быть продлен в отношении не менее 80% Застрахованных по Договору.

Максимальное число следующих друг за другом продлений срока страхования устанавливается в Договоре.

9.2. Если иное не предусмотрено Договором, о намерении продлить срок страхования Страхователь обязан письменно информировать Страховщика, при этом уведомление Страхователя должно быть получено Страховщиком не менее чем за 30 дней до окончания текущего срока страхования. Пролонгация срока страхования допускается только с даты, следующей за датой окончания текущего срока страхования, и на срок не менее одного года.

9.3. Срок страхования по Договору считается продленным только при условии своевременного получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя согласно требованиям пункта 9.2, если иное не предусмотрено договором,

9.4. Страховщик вправе отказать в продлении срока страхования в следующих случаях:

а) уведомление Страхователя о продлении срока страхования получено Страховщиком менее чем за 30 дней до окончания текущего срока страхования.

б) в уведомлении Страхователя содержится требование об увеличении страховых сумм или включении в Договор новых страховых рисков;

в) на дату продления срока страхования возраст Застрахованного превышает 64 года; г) Застрахованный является инвалидом I или II группы или инвалидом детства, носителем ВИЧ или больным СПИДом или страдает психическими болезнями или расстройствами.

д) при изменении Страховщиком условий страхования или изменении редакции правил.

е) в других случаях, предусмотренных договором.

9.5. Размер страхового взноса при продлении срока страхования рассчитывается Страховщиком с учетом увеличения возраста Застрахованного на дату продления. Данный страховой взнос подлежит уплате в течение 30 дней с даты продления. При его неуплате или несвоевременной уплате срок страхования считается непродленным.

#### **10. Права и обязанности сторон**

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

10.1.2. получить любые разъяснения по Договору;

10.1.3. получить дубликат страхового полиса (страхового сертификата) в случае утраты оригинала;

10.1.4. с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного Договором страхового события;

10.1.5. с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся размера страховой суммы и страховых сумм по отдельным рискам, срока страхования, размера страховых взносов. Такие изменения должны быть оформлены дополнительным соглашением к Договору;

10.1.6. досрочно прекратить Договор в соответствии с Договором и Правилами;

10.1.7. изменить состав Застрахованных, исключив из списка одних работников и включив на их место других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными в период действия Договора не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных, как об исключаемых, так и о включаемых в список;

10.1.8. продлить срок страхования в соответствии с п.9 Правил;

10.1.9. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. уплачивать страховые взносы в размерах и в сроки, установленные в Договоре;

10.2.2. сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном и Выгодоприобретателе по требованию Страховщика, а также сообщать обо всех известных Страхователю обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки степени риска;

10.2.3. сообщить Страховщику о наступлении события, обладающего признаками страхового случая не позднее тридцати дней после данного события или с момента устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока;

10.2.4. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

10.2.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора, в частности, вправе требовать предоставления еженедельного медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного в случае его временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или в случае его госпитализации;

10.3.2. отказать в страховой выплате (полностью или частично), если Страхователь (Застрахованный):

а) сообщил заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного и его увлечениях на момент заключения Договора или на момент изменения условий

Договора;

б) не сообщил об изменении рода занятий, новых увлечениях Застрахованного, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

в) своевременно, в соответствии с п.10.2.3 Правил, не известил о наступлении события, обладающего признаками страхового случая;

г) не предъявил документов и сведений, необходимых для установления причин, характера события, обладающего признаками страхового случая, и его связи с наступившими последствиями или представил заведомо ложные доказательства;

д) в случае неполной уплаты страхового взноса в сроки, предусмотренные Договором;

е) в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных Правилами;

ж) при заключении Договора (в заявлении о страховании) не сообщил Страховщику о существовании заявлений о страховании от несчастных случаев и болезней в отношении Застрахованного, рассматриваемых в других страховых компаниях на момент получения заявления Страховщиком;

з) при заключении Договора (в заявлении о страховании) не сообщил Страховщику о договорах страхования от несчастных случаев и болезней в отношении Застрахованного, заключенных с другими страховыми компаниями и действующих на момент получения заявления Страховщиком;

и) заблаговременно письменно не сообщил Страховщику о вновь заключаемых в течение действия Договора договорах страхования от несчастных случаев и болезней в отношении Застрахованного с другими страховыми компаниями и не согласовал в этом случае изменение страховой суммы по Договору;

10.3.3. отсрочить страховую выплату в случае, если у него возникли справедливые сомнения в праве Застрахованного (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты, а именно:

до предоставления Страхователем (Застрахованным) всех необходимых документов, предусмотренных п.7.2 Правил;

до получения Страховщиком документов, запрашиваемых им в связи заявлением о страховом случае, у учреждений и организаций, владеющих или обязанных владеть информацией о страховом случае, а также до получения свидетельских показаний очевидцев страхового случая;

до даты полной уплаты страхового взноса (или его первой части, если Договором предусмотрена рассрочка взноса);

10.3.5. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. передать Страхователю или Застрахованному страховой полис (страховой сертификат) с приложением Правил;

10.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок не позднее десяти рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных п.7.2 Правил;

10.4.3. соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе;

10.4.4. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

#### **11. Заключительные положения**

11.1. Все денежные расчеты между сторонами осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.