

Акционерное общество
«Страховая группа МСК» (АО «СГ МСК»)

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор


Д.И.Тимохин

Приказ АО «СГ МСК»
«*01*» *декабря* 20 *14* г. № *39/12*

Предыдущие редакции утверждены:
Приказ № 631 от 26.12.2013г.
Приказ № 672 от 10.12.2012г.

**ПРАВИЛА
КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ №3**

1. Термины и определения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски. Размер страховых выплат. Исключения из страховых рисков и страховых случаев
5. Страховые суммы. Страховые премии (страховые взносы)
6. Заключение договора
7. Страховые выплаты
8. Прекращение (расторжение) договора
9. Права и обязанности сторон
10. Основания для отказа в страховой выплате
11. Заключительные положения

Дополнительные условия № 1 страхования на случай заболеваний в результате радиационного воздействия

Настоящие «Правила комплексного страхования от несчастных случаев и болезней №3» (далее - Правила), разработанные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем по поводу страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней.

1. Термины и определения

1.1. **Страховщик** - Акционерное общество «Страховая группа МСК» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном действующем законодательством порядке.

1.2. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой формы собственности, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с Правилами. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным лицом по Договору.

1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного.

1.4. **Выгодоприобретатель (и)** - одно или несколько физических и/или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица, в пользу которого (ых) заключен Договор страхования.

1.5. **Договор страхования (Договор)** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, по условиям которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную Договором сумму в случае причинения вреда жизни и здоровью Страхователя или названного в Договоре Застрахованного.

1.6. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования по согласованию страховщика и страхователя.

1.7. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования и выплачивается страховщиком страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

1.8. **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.9. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.10. **Страховой взнос** - часть страховой премии, подлежащая уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

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

1.12. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному или Выгодоприобретателю.

1.13. **Льготный период** - устанавливаемый в соответствии с Правилами срок, в течение которого действие страхования по Договору не приостанавливается и Страховщик продолжает нести в полном объеме обязательства по страховой выплате в соответствии с условиями Договора страхования в отношении произошедших в указанный срок страховых случаев при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате очередного страхового взноса.

1.14. **Выжидательный период** - период времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого предусмотренные Договором условия страхования действуют с отдельными ограничениями, указанными в Договоре или в дополнительном соглашении к нему. При этом продолжительность выжидательного периода и размеры страховых сумм за этот период могут быть установлены по соглашению сторон Договора, при его заключении с учетом возраста, состояния здоровья Застрахованного и другими обстоятельствами, предусмотренными Договором страхования.

1.15. **Период страхования** - период времени, определяемый Договором, в течение которого страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие исключительно в указанный период времени.

1.16. **Обстоятельства (факторы), влекущие увеличение страхового риска** - смена профессиональной деятельности Застрахованного, переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1-го года, начало занятий опасным(и) видом(ами) спорта и отдыхом, сопряженным с занятием опасным(и) видом(ами) спорта, включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, планеризмом, скалолазание, состязание в скорости (за исключением бега), рафтинг, прыжки с эластичным тросом с высоты, спелеологию, авто- и мотоспорт, контактные единоборства и др., смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом¹, перенесение тяжелой травмы, заболевания, повлекшего необходимость постоянного наблюдения врачами - специалистами и приема лекарственных препаратов, беременность Застрахованной.

Также фактором существенного увеличения страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности.

1.17. **Несчастный случай** - внешнее, кратковременное, непреднамеренное, не являющееся следствием заболевания или его лечения (за исключением неправильных медицинских манипуляций), травмирующее воздействие на организм Застрахованного лица различных внешних факторов (физических, химических, технических, биологических и т.д.), характер, время и место которого могут быть однозначно определены, имевшее место в течение срока действия Договора страхования, при котором вопреки воле Застрахованного причиняется вред его жизни и здоровью.

Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, не являются несчастными случаями: пищевая токсикоинфекция (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного) и инфекционные заболевания, за исключением инфекций, занесенных через рану, полученную при телесном повреждении в результате несчастного случая, инфекций, занесенных в результате лечения Застрахованного (методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике) от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая, а также за исключением инфицирования Застрахованных доноров, сдающих кровь и/или её компоненты.

Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, не относятся к несчастным случаям повреждения здоровья, вызванные применением рентгенодиагностики, терапевтических или оперативных методов лечения, кроме случаев, когда необходимость данных процедур вызвана необходимостью лечения Застрахованного от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая. Кроме того, не являются несчастными случаями любые формы хронических, острых и наследственных заболеваний (внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания, инфаркт, инсульт).

1.18. **Травма** - диагностированное на основании объективных симптомов нарушение структуры

¹ Все иммунодефицитные состояния делятся на две группы:

- врожденные (наследственно обусловленные) иммунодефицитные состояния

- приобретенные иммунодефицитные состояния

В основе наследственно обусловленного иммунодефицитного состояния (первичной иммунологической недостаточности) лежат генетически детерминированные дефекты клеток иммунной системы.

В то же время приобретенный иммунодефицит (вторичная иммунологическая недостаточность) является результатом воздействия факторов внешней среды на клетки иммунной системы. К наиболее полно изученным факторам приобретенного иммунодефицита относятся облучение, фармакологические средства и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) человека, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) .

живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного внешнего воздействия физических (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химических факторов внешней среды, перечисленных в абзаце втором настоящего пункта Правил.

Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, травма может быть получена в результате воздействия на организм Застрахованного нижеперечисленных внешних факторов, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, а именно: опасного природного явления, взрыва, ожога, переохлаждения и обморожения, утопления, действия электрического тока, удара молнии, солнечного или теплового удара, при движении транспортных средств (автомобиля, поезда, трамвая и т.д.) или при их крушении, при пользовании машинами, механизмами, оружием и всякого рода инструментами, в результате нападения злоумышленников, нападения и укусов животных и насекомых, падения какого-либо предмета или самого Застрахованного лица, сдавления, разрывов (ранения) органов или их удаления в результате неправильных медицинских манипуляций.

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

1.20. Случайные острые отравления - резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами.

1.21. Болезнь - возникшее в течение срока действия Договора страхования:

- внезапное заболевание;
- расстройство здоровья, возникшее только после заключения Договора страхования;
- нарушение деятельности организма, угрожающее жизни и здоровью Застрахованного,

возникшее только после заключения Договора страхования и требующее неотложной медицинской помощи.

1.22. Временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья) - (если иное не предусмотрено Договором страхования) временная утрата Застрахованным лицом общей трудоспособности (временное нарушение здоровья), явившиеся следствием предусмотренного Договором страхования несчастного случая и/или болезни, происшедшего (диагностированной) в течение срока действия Договора страхования, приведших на основании медицинского заключения к необходимости проведения медицинского лечения Застрахованного лица (восстановления общей трудоспособности) и наступившие после данного несчастного случая и/или болезни в течение срока, установленного Договором страхования.

1.23. Профессиональная нетрудоспособность - утрата профессиональной трудоспособности Застрахованного, наступившая вследствие несчастного случая или заболевания и выражающаяся в невозможности выполнять Застрахованным профессиональную деятельность, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения и опыта.

При этом под профессиональной трудоспособностью понимается способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

1.24. Инфекционными заболеваниями, если иное не предусмотрено Договором страхования, считаются: вирусный гепатит «В» или «С», сифилис, малярия, вирус иммунодефицита человека и другие заболевания, передающиеся парентеральным путем при заборе крови (её компонентов).

1.25. Критическими заболеваниями, если иное не предусмотрено Договором страхования считаются болезни (заболевания), повлекшие потерю общей трудоспособности, предусмотренные «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий», либо последствия таких заболеваний, не являющиеся следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в со-

ответствующем «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний». Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одновременное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в «Перечне опасных для жизни заболеваний и их последствий» и «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний» в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием, если Договором не предусмотрено иное.

1.26. **Госпитализация** - помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения (организации), имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

1.27. **Хирургическая операция** - медицинская процедура посредством рассечения тканей тела Застрахованного, переносимая Застрахованным по жизненным показаниям и осуществляемая квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами и перечнем операций, определенным в «Таблице страховых выплат при хирургических вмешательствах».

1.28. **Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом** - нарушение здоровья Застрахованного со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или увечьями и приводящее к ограничению жизнедеятельности, вызывающее необходимость его социальной защиты.

Группы инвалидности соответствуют группам, установленным государственной медико - социальной экспертной комиссией для характеристики степени инвалидности и требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера.

1.29. **Франшиза** - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

1.30. **Телесные повреждения** - нарушение анатомической целостности и/или функционирования органов и тканей организма Застрахованного лица.

2. Субъекты страхования

Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

3. Объект страхования

3.1. Объектом страхования являются:

3.1.1. Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

3.1.2. Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг вследствие повреждения здоровья.

4. Страховые риски. Размер страховых выплат. Исключения из страховых рисков и страховых случаев

4.1. Договор страхования может быть заключен на следующих основных условиях (от следующих основных рисков):

- **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** (согласно п.4.1.1. Правил);
- **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.2. Правил);
- **«Профессиональная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.3. Правил);
- **«Заражение донора инфекционным заболеванием»** (согласно п.4.1.4. А) Правил);
- **«Временная утрата общей трудоспособности донора в результате заражения инфекционным заболеванием»** (согласно п.4.1.4. Б) Правил);
- **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности донором, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционным заболеванием»** (согласно п.4.1.4. В) Правил);
- **«Смерть донора в результате осложнений и (или) заражения инфекционным заболеванием»** (согласно п.4.1.4. Г) Правил);
- **«Временная утрата общей трудоспособности в результате критического заболевания»** (согласно п.4.1.5. А) Правил);
- **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате критического заболевания»** (согласно п.4.1.5. Б) Правил);
- **«Смерть в результате критического заболевания»** (согласно п.4.1.5. В) Правил);
- **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.6. Правил);
- **«Госпитализация в результате несчастного случая»** (согласно п.4.1.7. Правил);
- **«Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.8. Правил);
- **«Хирургическая операция в результате несчастного случая»** (согласно п.4.1.9. Правил);
- **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.10. Правил);
- **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»** (согласно п.4.1.11. Правил);
- **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»** (согласно п.4.1.12. Правил);
- **«Смерть в результате несчастного случая»** (согласно п.4.1.13. Правил);
- **«Медицинские расходы вследствие повреждения здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного»** (согласно п.4.1.14. Правил);
- **«Профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования»** (согласно п.4.1.15. Правил);
- **«Заражение инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** (согласно п.4.1.16. А) Правил);
- **«Временная утрата общей трудоспособности в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** (согласно п.4.1.16. Б) Правил);

– **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** (согласно п.4.1.16. В) Правил);

– **«Смерть в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** (согласно п.4.1.16. Г) Правил).

Договором страхования, заключаемым на условиях Правил, может предусматриваться страхование от всех или некоторых из перечисленных ниже страховых рисков:

4.1.1. При заключении Договора страхования на условиях **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. настоящих Правил) является временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья), начавшаяся в течение срока действия Договора страхования в результате:

– травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;

– случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);

– заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;

– патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил);

– заражения в течение периода страхования донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.1.Правил, размер страховой выплаты определяется:

– в размере от 0,1 % до 1 % от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый день временной утраты общей трудоспособности (временного нарушения здоровья), с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты (лимит страховой выплаты) и срок временной утраты общей трудоспособности, за который страховая выплата не производится (временная франшиза), если иное не предусмотрено Договором страхования;

– в размере соответствующего указанного в Договоре страхования процента от страховой суммы согласно «Таблицы размеров страховых выплат №1, №2, №3, №4» (далее «Таблицы» №1, №2, №3, №4).

При этом Договором страхования может быть предусмотрено, что в случае, когда в указанных таблицах отсутствует необходимое наименование телесного повреждения, сумма страховой выплаты считается равной произведению числа дней временной утраты общей трудоспособности (лечения) и суммы, соответствующей от 0,1% до 1,0% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый день временной утраты общей трудоспособности с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты (лимит страховой выплаты) и срок временной утраты общей трудоспособности (лечения), за который страховая выплата не производится (временная франшиза).

По соглашению сторон могут быть предусмотрены иные условия осуществления страховых выплат.

4.1.2. При заключении Договора страхования на условиях **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья), начавшаяся в течение срока действия Договора страхования в результате:

- болезни, впервые развившейся и диагностированной в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п. 6.21. Правил);
- заражения донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении донорской функции.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.2. Правил, размер страховой выплаты определяется:

- в размере от 0,1 % до 1 % от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый день временной утраты общей трудоспособности (временного нарушения здоровья), с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты (лимит страховой выплаты) и срока временной утраты общей трудоспособности, за который страховая выплата не производится (временная франшиза);
- в размере соответствующего указанного в Договоре страхования процента от страховой суммы согласно «Таблицы размеров страховых выплат №1, №2, №3, №4» (далее «Таблицы» №1, №2, №3, №4).

При этом Договором страхования может быть предусмотрено, что в случае, когда в указанных таблицах отсутствует необходимое наименование телесного повреждения, сумма страховой выплаты считается равной произведению числа дней временной утраты общей трудоспособности (лечения) и суммы, соответствующей от 0,1% до 1,0% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый день временной утраты общей трудоспособности с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты (лимит страховой выплаты) и срок временной утраты общей трудоспособности (лечения), за который страховая выплата не производится (временная франшиза).

По соглашению сторон могут быть предусмотрены иные условия осуществления страховых выплат.

4.1.3. При заключении Договора страхования на условиях «**Профессиональная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни**» страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является утрата профессиональной трудоспособности Застрахованного, установленная в предусмотренном действующим законодательством порядке на срок не менее 1-го года (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) и наступившая в течение срока действия Договора страхования в результате:

- внезапно возникшего заболевания, впервые диагностированного в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной Застрахованным лицом в течение периода страхования, либо наступившего у него в тот же период случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами, ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом) или заболевания клещевым энцефалитом.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.3. Правил, размер страховой выплаты определяется: в процентах от страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица (при условии, что степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в по-

рядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации):

- при степени утраты от 10 до 30 процентов - 30 %;
- при степени утраты от 40 до 60 процентов - 60 %;
- при степени утраты от 70 до 90 процентов - 90 %;
- при степени утраты 100 процентов - 100 %.

По соглашению сторон в Договоре страхования могут быть предусмотрены иные условия осуществления страховых выплат.

4.1.4. А) При заключении Договора страхования на условиях **«Заражение донора инфекционным заболеванием»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является заражение Застрахованного донора крови и (или) её компонентов инфекционным заболеванием при выполнении им донорской функции по сдаче крови и (или) её компонентов, полученное в дату сдачи крови и (или) её компонентов и диагностированное в течение срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.4. А) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в соответствии со статьей 58 «Таблицы размеров страховых выплат №1-А» - в размере от 50% до 100% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора).

4.1.4. Б) При заключении Договора страхования на условиях **«Временная утрата общей трудоспособности донора в результате заражения инфекционным заболеванием»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья) донора, начавшаяся в течение срока действия Договора страхования в результате заражения инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции по сдаче крови и (или) её компонентов в течение периода страхования.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.4. Б) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в размере - от 0,1% до 1,0% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый календарный день временной утраты общей трудоспособности, начиная 1-го дня, но не более 50% страховой суммы, если Договором не предусмотрено иное.

4.1.4. В) При заключении Договора страхования на условиях **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности донором, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционным заболеванием»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является частичная или полная утрата общей трудоспособности донором, повлекшая признание его инвалидом, наступившая в течение срока действия Договора страхования в результате заражения донора инфекционным заболеванием при выполнении им донорской функции, впервые диагностированным в течение срока действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.4. В) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в случае установления инвалидности I группы - 100%, II группы - 80%, III группы - 60% от страховой суммы, если Договором не предусмотрено иное.

4.1.4. Г) При заключении Договора страхования на условиях **«Смерть донора в результате осложнений и (или) заражения инфекционным заболеванием»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является смерть донора в результате осложнений при сдаче крови и (или) её компонентов в виде тромбоземболии или воздушной эмболии и (или) в результате заражения инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции по сдаче крови и (или) её компонентов, наступившая в течение срока действия Договора страхования (если иной срок не предусмотрен Договором страхования);

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.4. Г) Правил, размер страховой выплаты составляет 100% от страховой суммы.

4.1.5. А) При заключении Договора страхования на условиях **«Временная утрата общей**

трудоспособности в результате критического заболевания» страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья) Застрахованного в результате впервые развившегося и диагностированного в течение срока действия Договора страхования критического заболевания, предусмотренного «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий», и не являющегося следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в соответствующем «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний» и(или) последствием таких заболеваний.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному настоящим пунктом 4.1.5. А) Правил, размер страховой выплаты определяется: в размере - 100% страховой суммы (если иное не предусмотрено условиями Договора страхования).

4.1.5. Б) При заключении Договора страхования на условиях **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате критического заболевания»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья) Застрахованного, повлекшая признание его инвалидом, в результате впервые развившегося и диагностированного в течение срока действия Договора страхования критического заболевания, предусмотренного «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий», и не являющегося следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в соответствующем «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний» и(или) последствием таких заболеваний.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному настоящим пунктом 4.1.5. Б) Правил, размер страховой выплаты определяется: в размере - 100% страховой суммы (если иное не предусмотрено условиями Договора страхования).

4.1.5. В) При заключении Договора страхования на условиях **«Смерть в результате критического заболевания»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является смерть Застрахованного, в результате впервые развившегося и диагностированного в течение срока действия Договора страхования критического заболевания, предусмотренного «Перечнем опасных для жизни заболеваний и их последствий», и не являющегося следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в соответствующем «Перечне предшествовавших заболеваний и/или состояний» и(или) последствием таких заболеваний;

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.5. В) Правил, размер страховой выплаты составляет 100% от страховой суммы.

4.1.6. При заключении Договора страхования на условиях **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является госпитализация, наступившая в течение срока действия Договора страхования, вследствие причинения вреда здоровью в результате:

- болезни, впервые развившейся и диагностированной в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил).

4.1.7. При заключении Договора страхования на условиях **«Госпитализация в результате**

несчастного случая» страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является госпитализация, наступившая в течение срока действия Договора страхования, вследствие причинения вреда здоровью в результате:

- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил).

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.6, 4.1.7. Правил, размер страховой выплаты определяется: за каждый день пребывания в стационаре вследствие причинения вреда здоровью, страховая выплата составляет от 0,1% до 1% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) и производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации (пребывания Застрахованного в стационаре медицинского учреждения) до или после окончания срока действия Договора страхования, но в сумме не более чем за 90 календарных дней по всем случаям госпитализации, связанным с наступлением одной травмы или одного заболевания, если иное не предусмотрено условиями Договора;

4.1.8. При заключении Договора страхования на условиях **«Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является хирургическая операция проведенная в течение срока действия Договора страхования, вследствие причинения вреда здоровью в результате:

- болезни, впервые развившейся и диагностированной в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил).

4.1.9. При заключении Договора страхования на условиях **«Хирургическая операция в результате несчастного случая»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является хирургическая операция, проведенная в течение срока действия Договора страхования, вследствие причинения вреда здоровью в результате:

- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил).

При заключении Договора страхования по рискам, предусмотренным п.4.1.8 или п.4.1.9.

Правил, размер страховой выплаты определяется: в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при хирургических вмешательствах»;

4.1.10. При заключении Договора страхования на условиях **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая или болезни»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, наступившая в течение срока действия Договора страхования (если иное не предусмотрено Договором страхования) в результате:

- болезни, впервые развившейся и диагностированной в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил);
- возникновения инфекционного заболевания у донора крови и (или) медицинского работника, в результате заражения в течение периода страхования вирусным или иным инфекционным агентом крови и (или) ее компонентов, при осуществлении донорской функции или медицинской (их) манипуляции (ий).

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.10. Правил, размер страховой выплаты определяется (один из следующих указанных в Договоре страхования вариантов, если иное не предусмотрено условиями Договора) в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности:

- I группа инвалидности - 100%, II группа инвалидности - 80%, III группа инвалидности - 60%;
- I группа инвалидности - 80%, II группа инвалидности - 60%, III группа инвалидности - 40%;
- I группа инвалидности - 75%, II группа инвалидности - 50%, III группа инвалидности - 30%;
- I группа инвалидности - 100%, II группа инвалидности - 100%.

Если Застрахованным является ребенок моложе 18-ти лет, а формулировка страхового риска предусматривает страховые выплаты в зависимости от группы инвалидности, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам к I группе инвалидности приравнивается категория «ребенок–инвалид».

4.1.11. При заключении Договора страхования на условиях **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), наступившая в течение срока действия Договора страхования (если иное не предусмотрено Договором страхования) в результате:

- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание боту-

лизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);

- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиели- том), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил).

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.11. Правил, размер страховой выплаты определяется в соответствии с установленным в Договоре страхования порядком:

4.1.11.1. В процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности (один из следующих указанных в Договоре страхования вариантов, если иное не предусмотрено условиями Договора):

- I группа инвалидности - 100%, II группа инвалидности - 80%, III группа инвалид- ности - 60%;
- I группа инвалидности - 80%, II группа инвалидности - 60%, III группа инвалид- ности - 40%;
- I группа инвалидности - 75%, II группа инвалидности - 50%, III группа инвалид- ности - 30%;
- I группа инвалидности - 100 %, II группа инвалидности - 100 %.

4.1.11.2. В процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при частич- ной или полной утрате общей трудоспособности в результате несчастного случая».

Если Застрахованным является ребенок моложе 18-ти лет, а формулировка страхового риска предусматривает страховые выплаты в зависимости от группы инвалидности, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам к I группе инвалидности приравнивается категория «ребенок–инвалид».

4.1.12. При заключении Договора страхования на условиях «**Смерть в результате несчаст- ного случая или болезни**», страховым риском (с учетом положений п.7.15. Правил и исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является смерть, наступившая в течение срока действия До- говора страхования в результате:

- болезни, впервые развившейся и диагностированной в течение срока действия Договора страхования;
- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание боту- лизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пи- щевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиели- том), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил);
- удушения вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного те- ла, утопления, анафилактического шока, переохлаждения - гипотермии или перегревания - гипертермии.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.12. Правил, стра- ховая выплата при наступлении страхового случая производится в размере 100 % страховой сум- мы.

4.1.13. При заключении Договора страхования на условиях «**Смерть в результате несчаст- ного случая**», страховым риском (с учетом положений п.7.15. Правил и исключений, предусмот-

ренных п.4.4.-4.5. Правил) является смерть, наступившая в течение срока действия Договора страхования в результате:

- травмы, полученной в течение периода страхования и явившейся следствием несчастного случая или неправильных медицинских манипуляций;
- случайного острого отравления ядовитыми растениями, химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий заболевание ботулизмом), лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллез, дизентерия и др.);
- заболевания клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, гематогенным остеомиелитом;
- патологических родов или внематочной беременности, приведших к удалению органов (матки, обеих труб, яичников) - только при периоде страхования 24 часа в сутки (п.6.21. Правил);
- от удушения вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного тела, утопления, анафилактического шока, переохлаждения - гипотермии или перегревания - гипертермии.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.13. Правил, страховая выплата при наступлении страхового случая производится в размере 100% страховой суммы.

4.1.14. При заключении Договора страхования на условиях **«Медицинские расходы вследствие повреждения здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является риск обращения Застрахованного в результате причинения вреда здоровью Застрахованного вследствие несчастного случая или внезапного заболевания, произошедших в течение срока действия договора страхования, за получением предусмотренной Договором страхования медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), и также иных указанных в Договоре страхования услуг, повлекших необходимость оплаты организации и оказания вышеуказанных услуг.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.14. Правил, страховая выплата при наступлении страхового случая производится в пределах страховой суммы в размере документально подтвержденных непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оказание предусмотренных п.6.27. Правил медицинских услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.1.15. При заключении Договора страхования на условиях **«Профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия Договора страхования, из числа перечисленных в Перечне профессиональных заболеваний.

Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по страховому риску «Профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования» определяется: *в размере от 1% до 100% от страховой суммы* согласно условиям, предусмотренным Договором страхования.

Размер страховой выплаты может быть установлен различным по каждому из профессиональных заболеваний, перечисленных в Перечне профессиональных заболеваний, в соответствии с условиями указанными в Договоре страхования.

4.1.16. А) При заключении Договора страхования на условиях **«Заражение инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. настоящих Правил) является заражение Застрахованного инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования, впервые диагностированной в течение срока действия договора страхования (если иной срок не предусмотрен Договором страхования).

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному настоящим пунктом

4.1.16. А) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в соответствии со статьей 59 «Таблицы размеров страховых выплат № 1-А» - в размере от 10% до 100% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора).

4.1.16. Б) При заключении Договора страхования на условиях **«Временная утрата общей трудоспособности в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является временная утрата общей трудоспособности (временное нарушение здоровья) в результате заражения Застрахованного лица инфекционной и/или паразитарной болезнью предусмотренной Договором страхования, впервые диагностированной в течение срока действия Договора страхования.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному настоящим пунктом 4.1.16. Б) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в размере - от 0,1% до 1,0% от страховой суммы (в зависимости от условий Договора) за каждый календарный день временной утраты общей трудоспособности начиная с 1-го дня, но не более 50% страховой суммы, если Договором не предусмотрено иное.

4.1.16. В) При заключении Договора страхования на условиях **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья) Застрахованного, повлекшая признание лица инвалидом, наступившая в течение срока действия Договора страхования в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью предусмотренной Договором страхования, впервые диагностированной в течение срока действия Договора страхования;

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному п.4.1.16. В) Правил, размер страховой выплаты определяется: единовременная страховая выплата в случае установления инвалидности I группы - 100%, II группы - 80%, III группы - 60% от страховой суммы, если Договором не предусмотрено иное.

4.1.16. Г) При заключении Договора страхования на условиях **«Смерть в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является смерть Застрахованного лица в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью предусмотренной Договором страхования, впервые диагностированной в течение срока действия Договора страхования.

При заключении Договора страхования по риску, предусмотренному настоящим пунктом 4.1.16. Г) Правил, размер страховой выплаты составляет 100% от страховой суммы.

4.2. Перечень страховых рисков устанавливается и согласовывается сторонами при заключении Договора.

4.3. Договором страхования может быть установлено, что страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) признается смерть и (или) причинение вреда здоровью Застрахованного (заболевание, временная или постоянная утрата общей трудоспособности) по любой причине (в результате любого события, заражения, заболевания или патологического состояния).

4.3.1. Страховые риски, предусмотренные п.п. 4.1.4. В), 4.1.4. Г), 4.1.5. Б), 4.1.5. В), 4.1.10., 4.1.11., 4.1.12., 4.1.13., 4.1.16. В), 4.1.16 Г) также признаются страховым случаем, если соответственно смерть или признание Застрахованного инвалидом наступили в течение 1-го года со дня несчастного случая или болезни, происшедшего в течение срока действия Договора страхования, и наступили непосредственно вследствие этого несчастного случая или болезни, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.4. Если Договором не предусмотрено иное, к страховым рискам не относятся, не являются страховыми случаями и страхование не распространяется на случаи причинения вреда жизни, здоровью Застрахованного лица, происшедшие вследствие:

4.4.1. Умышленных действий или бездействия Застрахованного лица, Страхователя или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая, за исключением смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет;

4.4.2. Совершения Застрахованным уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.4.3. Алкогольного отравления Застрахованного, наркотического или токсического отравления в результате употребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

4.4.4. 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;

4.4.5. Получения Застрахованным лицом травмы вследствие его действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, 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;

4.4.6. Самоубийства (а также попытки или имитации самоубийства) Застрахованного, если на момент указанного события Договор страхования действовал менее 2-х лет, за исключением доведения Застрахованного до этого другими лицами путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства;

4.4.7. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, террористического акта, военных действий, гражданских волнений, забастовок, мятежей, бунтов, восстаний, реквизиции имущества, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных или гражданских властей и других обстоятельств, признанных форс-мажорными по соглашению сторон Договора либо судом;

4.4.8. Диагностирования и/или обострения имеющихся (либо имевшихся ранее) у Застрахованного лица (включая Застрахованного донора) хронических инфекционных заболеваний;

4.4.9. Заболеваний сердечно-сосудистой системы (аневризмы сердца и сосудов, ишемическая болезнь сердца, порок сердца, гипертония), органического поражения центральной нервной системы, хронического нарушения мозгового кровообращения, хронического легочного заболевания, сопровождающегося дыхательной недостаточностью, туберкулеза, злокачественного заболевания любой локализации, цирроза печени, нефрита, нефроза, диабета в тяжелой форме с инсулинозависимостью, неспецифического язвенного колита, психического заболевания, наркомании, алкогольного психоза (делирия), явившихся причиной смерти Застрахованного лица до истечения 12-ти месяцев с начала срока действия Договора страхования, если по поводу какого-либо из указанных заболеваний, Застрахованное лицо в течение года, предшествовавшего заключению Договора страхования, обращалось за врачебной помощью или состояло на диспансерном учете в соответствующем лечебном учреждении;

4.4.10. СПИДа (ВИЧ-инфекции) или связанного со СПИДом (ВИЧ-инфекцией) заболевания (кроме заражения СПИДом или ВИЧ-инфекцией в результате медицинских манипуляций), а также беременности, родов (кроме осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций), абортов;

4.4.11. Венерических заболеваний Застрахованного лица;

4.4.12. Занятий профессиональным спортом, и/ или экстремальными видами спорта (в частности, автоспортом, мотоспортом, любыми видами конного спорта, воздушного спорта, альпинизмом, спелеологией, любыми видами боевых единоборств, боксом, подводным плаванием, горными/водными лыжами, сноубордингом, рафтингом, парусным спортом, американским футболом/регби), а так же участия в профессиональных и/или любительских спортивных соревнованиях и тренировках;

4.5. Если Договором не предусмотрено иное, к страховым рискам не относятся и не являются страховыми случаями:

4.5.1. События предусмотренные п.п.4.1.2. - 4.1.4. А)-В), 4.1.5.А)-Б) - 4.1.6., 4.1.8., 4.1.10., 4.1.14.-4.1.16.А)-В) Правил в связи с заболеванием, имевшимся у Застрахованного на дату начала срока действия Договора страхования;

4.5.2. События предусмотренные п.п.4.1.2. - 4.1.4. А)-В), 4.1.5.А)-Б) - 4.1.6., 4.1.8., 4.1.10., 4.1.14.-4.1.16.А)-В) Правил в связи с абортом по медицинским показаниям, заболеваниями зубов (повлекшее в т.ч. их удаление, восстановление и т.п.), в связи с любым пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, (в том числе когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока действия Договора страхования);

4.5.3. События, предусмотренные п.п.4.1.2. - 4.1.4. А)-В), 4.1.5.А)-Б) - 4.1.6., 4.1.8., 4.1.10., 4.1.14.-4.1.16.А)-В) Правил в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, в связи с психическим расстройством, в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии или природного бедствия;

4.5.4. Временная утрата общей трудоспособности Застрахованным в связи с лечением пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), в связи с лечением заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

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

4.5.6. Причинение вреда жизни или здоровью, повлекшее перенесение Застрахованным хирургической операции по лечению ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, по вскрытию воспалений кожи, тканей и суставов, по удалению шовного материала, по удалению не пролиферирующих (не инвазивных) опухолей in-situ, операции в связи с любыми видами рака кожи (за исключением пролиферирующей (инвазивной) злокачественной меланомы), неонаталогические процедуры, наложение швов на кожу, операции по устранению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы;

4.5.7. Причинение вреда жизни или здоровью, повлекшее перенесение Застрахованным хирургической операции по устранению смещения носовой перегородки, резекции носовой раковины, операции на верхней и нижней челюстных костях (включая имеющую отношение к височно-челюстному суставу), ортогнатической операции, операции по вправлению челюсти, кроме случаев, когда вышеперечисленные операции обусловлены необходимостью лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, или в связи с онкологическим заболеванием, впервые диагностированным в течение срока действия Договора страхования;

4.5.8. Профессиональное заболевание, вызванное инфекционной или паразитарной болезнью, а также причинами, указанными в п.п.4.5.1- 4.5.7 Правил;

4.5.9. Медицинские расходы, понесенные в результате следующих заболеваний: психических, наркологических, онкологических, венерических, туберкулеза, Вируса Иммунодефицита Человека (ВИЧ), Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) и их осложнений, системных болезней соединительной ткани, связанных с последствиями радиоактивного облучения, связанных с врожденной патологией.

4.5.10. Расходы, связанные с оказанием следующей медицинской помощи:

- проводимой без медицинских показаний;
- профосмотры, профилактические прививки;
- лечение ушибов без повреждения кожных покровов, поверхностных травм, растяжений и деформации суставов и прилегающих мышц, привычных вывихов, патологических переломов;
- проводимой с косметической целью или с целью улучшения психологического

состояния Застрахованного;

- проведение любого протезирования, трансплантации органов и тканей;
- коррекция массы тела;
- нетрадиционные методы лечения или лечение, являющееся экспериментальным или исследовательским;
- лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия или импотенции;
- диагностика и лечение всех состояний, проводимых без медицинских показаний;
- медицинские услуги, оказанные после окончания срока действия Договора страхования.

4.5.11. События, наступившие в период приостановки действия страхования.

4.6. По соглашению сторон страхование может быть осуществлено по любой комбинации страховых рисков, указанных в п.п.4.1.1.- 4.1.16. Правил.

4.7. Страховщик вправе на основе настоящих Правил разрабатывать конкретные условия (Программы) страхования к отдельному Договору (Полису), заключаемому в соответствии с настоящими Правилами, ориентированные на конкретного Страхователя, группу Страхователей, при условии их соответствия законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

4.8. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста Договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

5. Страховые суммы. Страховые премии (страховые взносы)

5.1. Размеры страховых сумм устанавливаются в Договоре по соглашению его сторон. С согласия Страховщика Страхователь вправе изменить установленные Договором размеры страховых сумм.

При этом Страховщик вправе устанавливать максимальные (предельные) размеры страховой выплаты (лимиты страховой выплаты) для условий страхования и/или одного страхового случая и/или отдельного Застрахованного лица (каждого из застрахованных лиц) и т.п. по Договору страхования.

5.2. Договором страхования может быть установлена единая страховая сумма для всех страховых рисков (страховых случаев) либо страховые суммы (лимиты страховой выплаты) могут быть установлены для каждого страхового случая по отдельности.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховой суммой по Договору страхования в отношении Застрахованного лица является установленная Договором страхования единая страховая сумма по всем страховым рискам, включенным в Договор страхования.

5.3. При коллективном страховании Страхователь вправе согласовать со Страховщиком как одинаковые, так и дифференцированные страховые суммы на каждого Застрахованного.

Страховая сумма и лимиты страховой выплаты отдельно по каждому страховому риску должны быть указаны в отношении каждого Застрахованного лица. В случае если в Договоре страхования не установлены конкретные лимиты страховой выплаты по каждому страховому риску в отношении Застрахованного лица, то считается, что размер лимита страховой выплаты по каждому страховому риску равен 100% от страховой суммы в отношении Застрахованного лица.

Общий размер страховой премии по Договору страхования в целом определяется как сумма страховых премий по каждому Застрахованному лицу по Договору страхования.

5.4. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, - в иностранной валюте. По соглашению сторон в Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем - «страхование с валютным эквивалентом»).

При страховании с валютным эквивалентом страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии (очередного страхового взноса) по безналичному расчету.

5.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, может предусматриваться один из следующих порядков уплаты страховой премии:

- единовременно при заключении Договора;
- в рассрочку - регулярными ежегодными, полугодовыми, ежеквартальными или ежемесячными платежами (страховыми взносами) до окончания, предусмотренного Договором срока их уплаты.

5.6. Страховые взносы уплачиваются не позднее 24 часов дня, указанного в Договоре. В Договоре сторонами может быть отдельно согласовано и прямо указано, что для уплаты страховых взносов устанавливается иной срок.

5.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты Страхователем очередного (т.е. второго и каждого последующего) страхового взноса в сроки, предусмотренные Договором страхования или его уплаты в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, договор страхования досрочно расторгается с даты, указанной в качестве срока оплаты очередного страхового взноса.

При неуплате Страхователем соответствующего очередного страхового взноса Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, письменно уведомив об этом Страхователя, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

Страхователь считается уведомленным надлежащим образом об отказе Страховщика от исполнения договора страхования Страховщиком, если Уведомление об отказе от исполнения договора страхования направлено почтовым отправлением по указанному в договоре страхования месту нахождения или месту жительства Страхователя.

5.8. Если Застрахованный на дату оплаты очередного страхового взноса в рамках Договора страхования страдает хроническим заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (например, онкологическим, сердечно-сосудистым заболеванием, диабетом и т.п.), острым заболеванием или временно нетрудоспособен (имеет временное нарушение здоровья), это считается фактором существенного увеличения степени страхового риска, и дает Страховщику право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительных страховых взносов за повышенный страховой риск.

5.9. По соглашению между Страхователем и Страховщиком, в Договоре страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.10. Страховая премия (страховые взносы) уплачиваются наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика или перечисляются на счет Страховщика путем безналичных расчетов. При этом, если Договором не предусмотрено иное, обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной с момента поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика или наличных денег представителю Страховщика или в кассу Страховщика в полном размере и в сроки, указанные в Договоре.

5.11. При страховании на срок более 1-го года, если Договором не предусмотрено иное:

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

6. Заключение Договора

6.1. Договор страхования заключается по соглашению между Страховщиком и Страхователем на условиях настоящих Правил.

6.2. На основании настоящих Правил на страхование не принимаются следующие лица:

6.2.1. Инвалиды I или II группы, инвалиды детства;

6.2.2. Больные СПИДом, зараженные вирусом иммунодефицита человека;

6.2.3. Лица, состоящие на учете в наркологическом, онкологическом, психоневрологическом диспансерах;

6.2.4. Лица, которым установлен диагноз онкологического или иного угрожающего жизни заболевания, или лица, имеющие симптомы такого заболевания на момент заключения Договора, при обязанности Страховщика по условиям страхования произвести страховую выплату в связи с болезнью;

6.2.5. Лица, признанные безвестно отсутствующими;

6.2.6. Лица, в отношении которых в связи с совершением ими преступления судом назначены принудительные меры медицинского характера, даже если к моменту заключения Договора страхования эти меры были изменены или их применение было прекращено;

6.2.7. Лица, отбывающие наказание за совершение преступлений в виде ограничения свободы, ареста, содержания в дисциплинарной воинской части;

6.2.8. По страхованию на случай заражения донора крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции - лица, сдающие кровь и (или) её компоненты, зараженные вирусным гепатитом «В» или «С», сифилисом, малярией, вирусом иммунодефицита человека и другими инфекционными заболеваниями, передающимися парентеральным путем при заборе крови (или) её компонентов.

6.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении указанных в п.6.2. Правил лиц в связи с сообщением заведомо ложных сведений, то Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

6.4. Если иного не предусмотрено Договором, лицо, чья профессия, увлечения или особенности проведения досуга и отдыха объективно связаны с повышенной вероятностью возникновения несчастных случаев или болезней (например, работа на промышленных объектах или в правоохранительных органах, полеты на летательных аппаратах не в качестве пассажира самолета регулярных авиалиний, занятия авто- и мотоспортом, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.), может быть Застрахованным только при условии, что о профессии, увлечениях, особенностях проведения досуга и отдыха лица, заявленного на страхование, Страховщик был письменно уведомлен Страхователем путем ответа на соответствующий письменный запрос (заполнения предложенной Страховщиком анкеты или вопросника) до заключения Договора. Если страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах определенно оговоренных Страховщиком в стандартной форме Договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе (анкете или вопроснике), Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

6.5. Основанием для заключения Договора страхования с физическим лицом может служить письменное или устное заявление.

6.6. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя подачи письменного заявления на страхование с приложением Списка Застрахованных лиц (далее «Список») и документов, необходимых для принятия решения о заключении Договора:

- медицинской анкеты;

- документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного лица.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных документах отсутствуют необходимые сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страхов-

щик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска.

6.7. Страховщик вправе впоследствии проверять сообщенные Страхователем при заключении Договора страхования сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

6.8. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать личной встречи страхуемого лица с представителем Страховщика, а также провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. При этом оценка страхового риска Страховщиком не является обязательной для Страхователя, который имеет право доказывать иное.

6.9. Информация о персональных данных страхуемого лица, которая поступила к Страховщику в процессе оценки страхового риска (включая оценку фактического состояния здоровья страхуемого лица) при заключении Договора, обрабатывается Страховщиком на основании п.5) ч.1 ст.6 и п.8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

6.10. Застрахованные лица могут быть определены следующими способами:

6.10.1. Путём указания в полисе сведений о Застрахованном лице;

6.10.2. «Списком», с указанием всех необходимых сведений о каждом Застрахованном лице, который является неотъемлемой частью Договора. «Список» может быть изменен в течение срока действия Договора страхования по распорядительному письму Страхователя. При этом, Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Если Выгодоприобретатель указан в «Списке», то в обязательном порядке в этом «Списке» должна быть подпись Застрахованного, подтверждающая согласие Застрахованного на назначение данного Выгодоприобретателя.

Если Выгодоприобретатель не указан Застрахованным лицом в «Списке» - получателем (-ями) страховых выплат в случае смерти Застрахованного лица являются его Наследник(и) или Выгодоприобретатель по отдельному распоряжению, то подпись Застрахованного лица в этом случае в «Списке» не требуется.

Если Выгодоприобретатель определяется путем оформления Застрахованным лицом распоряжения, подлинность подписи Застрахованного лица на распоряжении удостоверяется подписью руководителя и заверяется печатью организации Страхователя.

6.11. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

В случае, если Выгодоприобретателями являются несколько лиц, в Договоре страхования должна быть указана абсолютная или относительная величина страховых выплат, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в Договоре страхования, то при наступлении страхового случая страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из Выгодоприобретателей.

6.12. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом (в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя), может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия Договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица - по иску его наследников.

6.13. В случае смерти названного в Договоре Выгодоприобретателя после заключения Договора, Договор считается заключенным в пользу самого Застрахованного.

В случае смерти лица, Застрахованного по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного. Это же правило применяется и в случае смерти названного в Договоре Выгодоприобретателя, наступившей одновременно или после смерти Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором.

6.14. 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 согла-

сованию с законным представителем Застрахованного.

6.15. Страхователь вправе с письменного согласия Застрахованного лица заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после смерти Застрахованного, а также после того, как Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

6.16. Заключение Договора в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, если только Договором не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор.

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

6.17. В Договоре указываются:

- субъекты страхования (включая данные о Застрахованном лице);
- страховые случаи;
- страховые суммы;
- размер и порядок страховых выплат;
- размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);
- срок действия Договора, дата начала и дата окончания страхования;
- выжидательный период (при необходимости);
- период страхования: на производстве, в быту, круглосуточно, на иных условиях, предусмотренных Договором по соглашению сторон;
- территория страхования.

6.18. Договор страхования вступает в силу по местному времени с момента, указанного как начало срока страхования, но не ранее, чем страховая премия или первая ее часть (при уплате премии в рассрочку) поступит на счёт Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное:

- при безналичном перечислении - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого ее взноса на расчетный счет Страховщика;
- при уплате наличными деньгами - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого ее взноса Страховщику (его представителю).

6.19. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу и до истечения срока действия Договора, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.20. Территория действия Договора (территория страхования) - Российская Федерация, если иное особо не оговорено в Договоре.

6.21. Договор страхования действует в течение срока, на который он был заключен. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды страхования:

- на 24 часа (круглосуточно);
- на время исполнения служебных обязанностей;
- на время исполнения служебных обязанностей, включая время нахождения в пути на работу и обратно;
- на время, в течение которого Застрахованный не исполняет трудовые обязанности («несчастный случай в быту»);
- на время нахождения Застрахованного в дошкольном или учебном заведении (для Застрахованных лиц в возрасте от 1-го года до 18-ти лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений);
- на время нахождения Застрахованного в дошкольном или учебном заведении (для Застрахованных лиц в возрасте от 1-го года до 18-ти лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений) и на указанное в Договоре страхования время пу-

ти от места жительства Застрахованного к месту нахождения дошкольного или учебного заведения и обратно;

– на время, в течение которого Застрахованный не находится в дошкольном или учебном заведении (для Застрахованных в возрасте от 1-го года до 18-ти лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений);

– на время нахождения на определенной территории;

– на определенный период времени или при условии наступления других обстоятельств, указанных в Договоре страхования.

6.22. Если не предусмотрено иное, Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю страхового Полиса (страхового сертификата), подписанного Страховщиком. В этом случае, согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового Полиса (страхового сертификата). 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.

6.23. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора (страхового Полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре (страховом Полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором (страховым Полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю Правил при заключении Договора должно быть удостоверено записью в Договоре.

6.24. При заключении Договора Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил.

Если Договором страхования предусмотрены условия иные, чем содержащиеся в Правилах, или условия, отсутствующие в Правилах, то применяются условия, предусмотренные Договором.

6.25. В течение срока действия Договора страхования по согласованию сторон в него могут быть внесены изменения и дополнения, которые должны быть оформлены в письменной форме и заверены подписями уполномоченных представителей сторон.

6.26. Страхование от несчастных случаев и болезней заемщиков кредитной организации осуществляется при обязательном соблюдении следующих условий:

6.26.1. Никакие условия настоящих Правил и/или Договоров страхования не могут рассматриваться как условия, устанавливающие обязанность страхователей (или заемщиков) осуществлять страхование:

– риска причинения вреда жизни или здоровью (смерти, постоянной утраты общей трудоспособности) Страхователя (застрахованного лица);

– риска причинения вреда здоровью (временной утраты общей трудоспособности) Страхователя (застрахованного лица);

– риска возникновения дополнительных расходов.

Страхование вышеуказанных рисков осуществляется исключительно на основании добровольного волеизъявления Страхователя и Застрахованных лиц.

6.26.2. Страхователи (заемщики) для заключения Договора страхования вправе избрать любого Страховщика, отвечающего требованиям кредитной организации к страховым организациям и условиям предоставления страховой услуги. При этом, кредитная организация не вправе отказать Страхователю (заемщику) в принятии надлежащим образом оформленного Договора страхования (полиса) иной страховой организации, выбранной Страхователем, при условии соответствия страховой организации требованиям кредитной организации к страховым организациям и условиям предоставления страховой услуги.

6.26.3. Не допускается предъявление требований к Страхователям (заемщикам) страховать риски в одной страховой организации в течение всего срока кредитования;

6.26.4. Не допускается предъявление требований к Страхователям (заемщикам) об ограничении в отношении размера страховой суммы, за исключением установления страховой суммы в размере общей суммы долга по Договору займа или кредитному Договору на момент заключения Договора страхования или уплаты очередного страхового взноса (общая сумма долга по указанному Договору не включает платежи, связанные с несоблюдением страхователем (заемщиком) условий Договора);

6.26.5. Не допускается предъявление требований к Страхователям (заемщикам) о заключении Договора страхования на срок равный сроку кредитования, в том случае, когда кредитование осуществляется на срок свыше 1-го года. При этом, при страховании рисков заемщиков в рамках реализации программ ипотечного кредитования, за исключением страхования ответственности заемщика за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по возврату кредита, требования к условиям предоставления страховой услуги могут предусматривать обязанность заемщика заключать Договор страхования на срок, равный сроку кредитования, если условиями Договора страхования предусмотрена возможность внесения страховой премии в рассрочку с уплатой очередного страхового взноса не реже 1-го раза в год;

6.27. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование по риску **«медицинские расходы вследствие повреждения здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного»** (п.4.1.14. Правил) распространяется исключительно на обращения Застрахованного за получением следующих диагностических и лечебных (медицинских) услуг:

6.27.1. Амбулаторно-поликлинические услуги:

– консультации врачей-специалистов (терапевта, хирурга, кардиолога, невропатолога, гинеколога, отоларинголога, офтальмолога, травматолога, проктолога, флеболога, аллерголога, гастроэнтеролога, дерматовенеролога, ревматолога, маммолога, пульмонолога, инфекциониста, эндокринолога, уролога, онколога (до постановки диагноза), фтизиатра (до постановки диагноза), инфекциониста, нефролога и др.);

– инструментальные методы исследования: велоэргометрия, тредмил-тест, электрокардиография, ЭХО-КГ, холтеровское (суточное) мониторирование, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография, ЭХО-энцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика (в т.ч. доплеровское исследование сосудов конечностей и головного мозга), рентгенологическое исследование, маммография, эндоскопические исследования (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия и т.п.), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.;

– лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, бактериологические, гормональные, серологические, аллергологические, цитологические, гистологические, микологические, ПЦР-диагностика и др.);

– физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи и пр.), теплолечение, ингаляции и др. не более 10 сеансов каждого вида лечебного воздействия и по каждому случаю заболевания в период срока действия Договора страхования;

– по одному курсу (1 курс не более 10-ти сеансов) классического массажа, корпоральной иглорефлексотерапии, мануальной терапии, ЛФК (кроме индивидуальных занятий) в период срока действия Договора страхования.

6.27.2. Оказание медицинской помощи на дому: помощь врача-терапевта на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача.

6.27.3. Стоматологическое лечение при остром, обострении хронического заболевания, травме челюстно-лицевой области:

– терапевтическое лечение с использованием свето- и химиоотверждаемых компо-

зитных материалов при кариесе, пульпите и периодонтите (при периодонтите - в стадии обострения): механическая, медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в т.ч. гуттаперчевыми штифтами;

- хирургическое лечение: удаление зубов (простое, сложное, в т.ч. с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута), цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, иссечение капюшона, вскрытие абсцессов и т.п.;
- удаление зубного камня с санлируемого зуба;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, заболеваний слюнных желез;
- анестезия (кроме общего наркоза);
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика.

6.27.4. Оказание скорой медицинской помощи: выезд врачебной бригады, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в медицинское учреждение и, при отсутствии показаний для госпитализации, обратно.

6.27.5. Стационарная помощь при экстренной госпитализации:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара;
- пребывание в стационаре в палате, соответствующей профилю заболевания и состоянию Застрахованного; питание, а также уход медицинского персонала.

7. Страховые выплаты

7.1. Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан уведомить Страховщика путем подачи письменного заявления о наступлении страхового случая не позднее тридцати дней с даты, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о его наступлении, если иное не предусмотрено условиями Договора.

Течение указанного срока начинается:

7.1.1. При наступлении страхового случая по рискам **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** или **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п.п.4.1.1., 4.1.2. Правил) - с даты выдачи листка нетрудоспособности, справки или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт временной утраты общей трудоспособности или временного расстройства здоровья Застрахованного лица;

7.1.2. При наступлении страхового случая по риску **«Профессиональная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни»** (п.4.1.3. Правил) - с момента выдачи компетентным органом документа об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности;

7.1.3. При наступлении страхового случая по рискам **«Заражение донора инфекционным заболеванием»**, **«Временная утрата общей трудоспособности донора в результате заражения инфекционным заболеванием»**, **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности донором, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционным заболеванием»**, **«Смерть донора в результате осложнений и (или) заражения инфекционным заболеванием»** (п.4.1.4. А)-Г) Правил) - с даты выдачи медицинского заключения о заражении донора инфекционным заболеванием или с даты выдачи листка нетрудоспособности, справки или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт временной, частичной или полной утраты общей трудоспособности, наступившей вследствие заражения донора

крови и (или) её компонентов инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции;

7.1.4. При наступлении страхового случая по рискам **«Временная утрата общей трудоспособности в результате критического заболевания», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате критического заболевания»** (п.4.1.5. А)-Б) Правил) - с момента выдачи выписного эпикриза, справки, листка нетрудоспособности или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт утраты общей трудоспособности в результате, предусмотренного Договором страхования критического заболевания;

7.1.5. При наступлении страхового случая по рискам **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни», «Госпитализация в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.6., 4.1.7. Правил) или **«Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни», «Хирургическая операция в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.8., 4.1.9. Правил) - с момента выдачи выписного эпикриза, справки или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт госпитализации или проведения хирургической операции Застрахованному лицу по основаниям, предусмотренным Договором страхования;

7.1.6. При наступлении страхового случая по риску **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая или болезни», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.10., 4.1.11. Правил) - с момента принятия в установленном порядке решения о признании Застрахованного лица инвалидом;

7.1.7. При наступлении страхового случая по риску **«Смерть в результате критического заболевания», «Смерть в результате несчастного случая или болезни», «Смерть в результате несчастного случая»** (п.п. 4.1.5.В), 4.1.12., 4.1.13. Правил) - с момента выдачи в установленном порядке свидетельства о смерти или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт смерти Застрахованного лица;

7.1.8. При наступлении страхового случая по риску **«Профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования»** (п.4.1.15. Правил) - с даты выдачи медицинского заключения об установке диагноза профессионального заболевания и/или с момента выдачи компетентным органом справки об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности вследствие профессионального заболевания и/или справки о признании заболевания профессиональным;

7.1.9. При наступлении страхового случая по рискам **«Заражение инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования», «Временная утрата общей трудоспособности в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования», «Смерть в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной договором страхования»** (п. 4.1.16. А)-Г) настоящих Правил) - с даты выдачи медицинского заключения о заражении инфекционным и/или паразитарным заболеванием или с даты выдачи листка нетрудоспособности, справки или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт временной, частичной или полной утраты трудоспособности, наступившей вследствие заражения инфекционным и/или паразитарным заболеванием;

7.1.10. При наступлении страхового случая по риску **«Медицинские расходы вследствие повреждения здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного»** (п.4.1.14. Правил) - с момента выдачи выписного эпикриза, справки или иного предусмотренного законодательством документа, удостоверяющего факт наступления страхового случая и связанных с ним медицинских расходов.

7.2. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по рискам:

– **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая», «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п.п.4.1.1., 4.1.2. Правил);

– **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни», «Госпитализация в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.6.,4.1.7. Правил);

– **«Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни», «Хирургическая операция в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.8., 4.1.9. Правил);

– **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая или болезни», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»** (п.п.4.1.10., 4.1.11. Правил);

– **«Временная утрата общей трудоспособности в результате критического заболевания», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате критического заболевания»** (п.п.4.1.5. А)-Б) Правил);

обязан предоставить Страховщику следующие документы:

– от представителя Страхователя (Выгодоприобретателя) - выданная и оформленная в установленном порядке доверенность, уполномочивающая данного представителя действовать от имени Страхователя (Выгодоприобретателя);

– письменное заявление со ссылкой на номер Договора (Полиса), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой наступление страхового случая, и с указанием полных банковских реквизитов при безналичной форме страховой выплаты, копию Договора страхования (страхового Полиса) (в случае если оригинал договора страхования или страхового Полиса по какой либо причине был утрачен, Страхователь и/или Выгодоприобретатель вправе обратиться к Страховщику с просьбой выдать дубликат (заверенную копию) указанного документа), а также документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя страховой выплаты (для обозрения и снятия копии);

– оригинал выписки из истории болезни Застрахованного;

– копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся - справка по форме 095-у); при постоянной и/или временной утрате общей трудоспособности: медицинское заключение (справка из медицинского учреждения) с указанием диагноза, периода лечения, обстоятельств события и/или выписной эпикриз из истории болезни (в случае стационарного лечения);

– заверенную по месту выдачи копию направления на медико-социальную экспертизу;

– копию акта освидетельствования медико-социальной экспертизы;

– акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1), если страховой случай связан с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным служебных обязанностей, а также акт расследования тяжелого несчастного случая на производстве (при наличии);

– оригинал справки соответствующего органа МВД, Следственного комитета, если причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица или обстоятельства его наступления зафиксированы им в соответствии с действующим законодательством; во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, повлекших причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, принимали участие органы МВД, Следственного комитета или прокуратуры - постановление следственных органов о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела либо принятое по делу решение, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении;

– оригинал свидетельства (справки) МСЭК об установлении Застрахованному группы инвалидности (для Застрахованных в возрасте до 18-ти лет - оригинал справки, выданной отделом социального обеспечения по месту жительства родителей, опекуна, попечителя), если требование о страховой выплате связано с установлением Застрахованному группы инвалидности;

– копию амбулаторной карты, карты стационарного больного, заверенные печатью лечебного учреждения.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.3. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по риску - **«Профессиональная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни»** (п.4.1.3. Правил), помимо документов, указанных в п.7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- оригинал выписки из истории болезни Застрахованного;
- при постоянной или временной утрате общей трудоспособности - копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного; медицинское заключение (справка из медицинского учреждения) с указанием диагноза, периода лечения, обстоятельств события и/или выписной эпикриз из истории болезни (в случае стационарного лечения).
- медицинское заключение из Центра профессиональной патологии (или отдела профессиональных заболеваний медицинских научных организаций);
- справку МСЭК (при установлении инвалидности вследствие профессионального заболевания).

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.4. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по рискам **«Заражение донора инфекционным заболеванием», «Временная утрата общей трудоспособности донора в результате заражения инфекционным заболеванием», «Частичная или полная утрата общей трудоспособности донором, повлекшая признание его инвалидом, в результате заражения инфекционным заболеванием», «Смерть донора в результате осложнений и (или) заражения инфекционным заболеванием»** (п.п.4.1.4. А)-Г) настоящих Правил), помимо документов, указанных в п.7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- документ установленной формы, удостоверяющий факт временной утраты трудоспособности с четким указанием диагноза и срока лечения Застрахованного лица, т.е. листок нетрудоспособности (для учащихся - справка по форме 095-у) или справка по форме №195 медицинского учреждения (выписка из медицинской карты), заверенные печатью медицинского учреждения;
- выписку из медицинской карты амбулаторного больного или истории болезни учреждения здравоохранения с результатами анализов и процедур, относящихся к обращению Застрахованного лица в связи с заражением инфекционным заболеванием в результате выполнения Застрахованным лицом донорской функции, а также информацию об имевшихся у Застрахованного лица до момента заражения инфекционным заболеванием в результате выполнения Застрахованным лицом донорской функции профессиональных, общих хронических заболеваний и других имеющихся заболеваний;

- медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица по данным медицинского обследования перед сдачей им крови (ее компонентов);

- медицинскую справку или иной документ, подтверждающий факт заражения Застрахованного лица инфекционным заболеванием в результате выполнения им донорской функции.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.5. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по риску **«Смерть в результате критического заболевания»**, **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»**, **«Смерть в результате несчастного случая»** (п.п. 4.1.5.В), 4.1.12., 4.1.13. Правил) помимо документов, указанных в п.7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного и копия справки о смерти;

- медицинское заключение о причине смерти; протокол вскрытия трупа с результатами судебно-химического исследования крови, мочи от трупа; посмертный эпикриз;

- акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1) и акт расследования смертельного несчастного случая, если наступление смерти связано с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным служебных обязанностей;

- оригинал справки соответствующего органа МВД, Следственного комитета, если наступление смерти или ее обстоятельства зафиксированы им в соответствии с действующим законодательством; во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, повлекших причинение смерти Застрахованного лица, принимали участие органы МВД, Следственного комитета или прокуратуры – постановление следственных органов о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела либо принятое по делу решение, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении;

- распоряжение Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленное в письменной форме с согласия Застрахованного, или свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.6. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по рискам **«Заражение инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной Договором страхования»**, **«Временная утрата общей трудоспособности в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной Договором страхования»**, **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности, повлекшая признание лица инвалидом, в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной Договором страхования»**, **«Смерть в результате заражения инфекционной и/или паразитарной болезнью, предусмотренной Договором страхования»** (п.п.4.1.16. А)-Г)

Правил) помимо документов, указанных в п.7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- документ установленной формы, удостоверяющий факт временной утраты трудоспособности с четким указанием диагноза и срока лечения Застрахованного лица, т.е. листок нетрудоспособности (для учащихся - справка по форме 095-у) или справка по форме №195 медицинского учреждения (выписка из медицинской карты), заверенные печатью медицинского учреждения;

- выписку из медицинской карты амбулаторного больного или истории болезни учреждения здравоохранения с результатами анализов и процедур, относящихся к обращению Застрахованного лица в связи с заражением инфекционным и/или паразитарным заболеванием, а также информацию об имевшихся у Застрахованного лица до момента заражения инфекционным и/или паразитарным заболеванием профессиональных, общих хронических заболеваний и других имеющихся заболеваний;

- медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица по данным медицинского обследования, а при заключении Договора страхования медицинских работников - медицинское заключение Страхователя о состоянии здоровья Застрахованного лица по данным медицинского обследования;

- медицинскую справку или иной документ, подтверждающий факт заражения Застрахованного лица инфекционным и/или паразитарным заболеванием в результате выполнения им служебных обязанностей - для Застрахованных лиц, являющихся медицинскими работниками.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.7. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по риску - **«Профессиональное заболевание, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования»** (п.4.1.15. Правил) помимо документов, указанных в п. 7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- при временной утрате общей трудоспособности - копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного; медицинское заключение (справка из медицинского учреждения) с указанием диагноза, периода лечения, обстоятельств события и/или выписной эпикриз из истории болезни (в случае стационарного лечения).

- выписку из медицинской карты амбулаторного больного или истории болезни учреждения здравоохранения с результатами анализов и процедур, относящихся к обращению Застрахованного лица в связи с профессиональным заболеванием, а также информацию об имевшихся у Застрахованного лица до момента диагностирования профессионального заболевания иных профессиональных, общих хронических заболеваний и других имеющихся заболеваний; Справку формы 1503006 «Справка о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах» или иной аналогичный документ, в соответствии с действующим законодательством;

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

- справку МСЭК (при установлении инвалидности вследствие профессионального заболевания);

- медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица по данным медицинского обследования.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жиз-

ни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.8. Страхователь (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на страховую выплату по риску - **«Медицинские расходы вследствие повреждения здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного»** (п.4.1.14. Правил), помимо документов, указанных в п.7.2. Правил, обязан предоставить Страховщику:

- оригинал выписки из истории болезни Застрахованного;
- при временной утрате общей трудоспособности - копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (для учащихся - справка по форме 095-у); медицинское заключение (справка из медицинского учреждения) с указанием диагноза, периода лечения, обстоятельств события и/или выписной эпикриз из истории болезни (в случае стационарного лечения);
- рецепты, выписанные лечащим врачом вследствие повреждения здоровья в связи с несчастным случаем или внезапным заболеванием Застрахованного;
- направления лечащего врача на прохождение необходимых по медицинским показаниям лабораторных исследований и/или лечение (с приложением договора на оказание медицинских услуг и/или счета на оказанные медицинские услуги, с указанием наименования медицинского или иного учреждения и перечня оказанных медицинских услуг и их стоимости – при наличии);
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты лечения, медикаментов и прочих медицинских услуг, назначенных врачом по медицинским показаниям, связанным с повреждением здоровья в результате несчастного случая или внезапного заболевания Застрахованного.

При этом, если в предоставленных Страхователем (Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9. настоящих Правил, предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

7.9. Решение о страховой выплате принимает Страховщик, руководствуясь Правилами, на основании документов, предоставленных заявителем и иных имеющихся в распоряжении Страховщика материалов. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с несчастным случаем, у Страхователя (Выгодоприобретателя), правоохранительных органов, медицинских учреждений (организаций) и других предприятий и организаций, располагающих необходимой информацией.

Страховщик вправе в течение срока рассмотрения документов, определенного настоящими Правилами, принять решение о продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате до выяснения всех обстоятельств страхового случая, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков) (в т. ч. до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы), но в любом случае не более чем на 60 (шестьдесят) рабочих дней.

При продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате Страховщик обязан не позднее 7 рабочих дней по истечении установленного срока рассмотрения документов направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление о продлении срока рассмотрения заявления о страховой выплате с указанием причины.

7.10. Принятие Страховщиком решения по заявлению о страховой выплате и страховая выплата осуществляются в течение 15-ти рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.п.7.2.

- 7.8. Правил, если Договором не предусмотрено иное.

7.11. При отказе в страховой выплате, Страховщик в течение установленного настоящими Правилами срока для принятия решения о страховой выплате, обязан направить Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменном виде уведомление о полном или частичном отказе в страховой выплате с указанием причин отказа.

7.12. Страховая выплата осуществляется путем ее перечисления на банковский счет получателя, если иное не согласовано с ним.

7.13. При решении вопроса о страховой выплате каждая из сторон вправе потребовать проведения независимой (в т.ч. медицинской) экспертизы.

Медицинская экспертиза может быть проведена исключительно специалистом или медицинской организацией, имеющей в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, соответствующие лицензию (разрешение) и (или) сертификат соответствия.

В случае требования проведения независимой медицинской экспертизы любой из сторон Договора страхования, Застрахованное лицо обязано пройти дополнительное медицинское обследование за счет и по направлению заявившей такое требование стороны.

7.14. При наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

7.14.1. В первую очередь выплату получает Выгодоприобретатель, указанный в распоряжении Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленном в письменной форме с согласия Застрахованного.

Если указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях.

7.14.2. При отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) Выгодоприобретателем является наследник Застрахованного, предоставивший свидетельство о праве на наследство, а при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам пропорционально доле каждого в наследстве Застрахованного.

7.15. Если Договором предусмотрено страхование по рискам **«Смерть в результате критического заболевания»**, **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»**, **«Смерть в результате несчастного случая»** (п.п. 4.1.5.В), 4.1.12, 4.1.13 Правил), а Застрахованный пропал без вести, то риск смерти считается реализовавшимся, если в решении суда о признании Застрахованного умершим будет 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 срок действия Договора страхования. В противном случае страховой случай считается - не наступившим.

7.16. Если Договором установлена единая страховая сумма для всех страховых рисков (страховых случаев), предусматривающих страховые выплаты по рискам, установленным в Договоре страхования и если предусмотренное Договором страхования событие (в частности несчастный случай или болезнь Застрахованного) обусловили наступление последовательности страховых случаев, признаваемых сначала по одному страховому риску, а затем по другому, то вышеуказанный размер единой страховой суммы последовательно уменьшается на сумму каждой страховой выплаты, подлежащей выплате Страховщиком в связи с наступлением соответствующего страхового случая, обусловленного наступлением предусмотренного Договором страхования события.

7.17. В том случае, если при заключении Договора страхования установлена единая для всех включенных в Договор страховых рисков страховая сумма, страховые выплаты по Договору страхования, независимо от их количества и причин, не могут превышать 100% страховой суммы, установленной по этому Договору.

7.18. Если при заключении Договора страхования страховые суммы установлены отдельно по каждому из страховых рисков (страховых случаев), страховые выплаты по Договору страхования Застрахованному лицу в связи со страховыми случаями, независимо от их количества, не могут превышать 100% страховой суммы, установленной для каждого соответствующего страхового риска, установленного в Договоре.

7.19. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Выгодоприобретателя) полного или частичного возврата страховой выплаты, если после страховой выплаты Страховщику станут известны существенные обстоятельства, которые не были и не могли быть ему известны в момент принятия решения о страховой выплате и с учетом которых, будь они известны Страховщику, страховая выплата не была бы произведена или была бы произведена в меньшем размере.

7.20. Если после страховой выплаты по рискам **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая или болезни»**, **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»**, указанным в п.п.4.1.10, 4.1.11. Правил с размером страховой выплаты в зависимости от группы инвалидности будет достоверно установлено и подтверждено соответствующим медицинским заключением МСЭ, что полученный Застрахованным вред здоровью в результате событий предусмотренных Договором страхования оказался более серьезным, чем было установлено изначально, что приводит к установлению Застрахованному более высокой группы инвалидности, и соответственно, по условиям Договора страхования по новой группе инвалидности Застрахованному причитается страховая выплата в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик осуществляет страховую выплату в размере возникающей разницы при условии, что факт причинения Застрахованному более серьезного вреда здоровью подтвержден медицинским освидетельствованием МСЭ, которое проведено не позднее 1-го года с даты соответствующего предусмотренного Договором страхования события, приведшего к частичной или полной утрате общей трудоспособности (постоянному нарушению здоровья), повлекшей назначение инвалидности Застрахованного.

7.21. Если после страховой выплаты по риску **«Частичная или полная утрата общей трудоспособности (постоянное нарушение здоровья), повлекшая признание лица инвалидом, в результате несчастного случая»**, указанному в п.4.1.11. Правил с размером страховой выплаты согласно «Таблице страховых выплат при частичной или полной утрате общей трудоспособности (постоянного нарушение здоровья), повлекшей назначение инвалидности в результате несчастного случая» будет достоверно установлено и подтверждено соответствующим медицинским заключением МСЭ, что полученный Застрахованным вред здоровью в результате событий предусмотренных Договором страхования оказался более серьезным, чем было установлено изначально, и согласно данной «Таблице» Застрахованному причитаются страховые выплаты в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик осуществляет страховую выплату в размере возникающей разницы, при условии, что факт причинения Застрахованному более серьезного вреда здоровью подтвержден медицинским освидетельствованием МСЭ, которое проведено не позднее 1-го года с даты соответствующего предусмотренного Договором страхования события, приведшего к частичной или полной утрате общей трудоспособности (постоянному нарушению здоровья), повлекшей назначение инвалидности Застрахованного.

7.22. При страховании с валютным эквивалентом, страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления). При этом при расчете страховой выплаты данное условие применяется в случае, если курс иностранной валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату оплаты страховой премии (первой части страховой премии - при оплате страховой премии в рассрочку), увеличенной на 1% на каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с момента оплаты страховой премии. В случае если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации, превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страховой выплаты определяется, исходя из максимального курса. При этом сумма всех выплат по договору страхования в рублях не может превышать страховую сумму, умноженную на курс иностранной валюты страхования, установленный Центральным Банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

При этом применяется следующий порядок определения страховой выплаты:

– если размер страховой выплаты определяется в российских рублях, то выплата производится в рублях, а договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой страховой выплаты, пересчитанной в валюту, в которой определена страховая сумма, по валютному курсу, установленному Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления, если договором страхования не предусмотрено иное;

– если размер страховой выплаты определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплата производится в рублях в соответствии с первым абзацем настоящего пункта Правил, а договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой страховой выплаты в валютном эквиваленте, если договором страхования не предусмотрено иное.

8. Прекращение (расторжение) Договора

8.1. По соглашению сторон Договор может быть расторгнут досрочно.

8.2. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем внесудебном порядке (отказ от Договора страхования) Страхователем.

8.3. В случае, когда условиями Договора страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку, при неуплате Страхователем соответствующего очередного страхового взноса в установленный срок Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, письменно уведомив об этом Страхователя, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.4. Договор досрочно прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (в т.ч. в случае смерти Застрахованного, не являющейся страховым случаем, в течение срока страхования).

8.5. Договор досрочно прекращается в случае ликвидации Страхователя (юридического лица) (за исключением случаев перехода прав и обязанностей по Договору к другому лицу) или смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным.

8.6. В случае ликвидации Страхователя (юридического лица) или смерти Страхователя (физического лица) до окончания срока страхования, Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, наступивших в течение срока его действия.

8.7. Сторона, намеревающаяся в одностороннем внесудебном порядке досрочно расторгнуть Договор (отказ от исполнения Договора), обязана письменно уведомить об этом другую сторону.

При одностороннем внесудебном досрочном расторжении Договора по инициативе Страховщика Договор страхования считается расторгнутым с даты указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии.

8.8. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от Договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат уплаченной страховой премии не производится, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования.

Если возврат части страховой премии при досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от Договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования:

8.8.1. В случае если по договору страхования производилась страховая выплата и (или) были заявлены претензии о страховой выплате – уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не оговорено в договоре страхования.

8.8.2. В случае если по договору страхования не производилась страховая выплата и не были заявлены претензии о страховой выплате, если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик возвращает часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия

договора страхования за вычетом суммы в размере 50% от страховой премии по договору страхования (соответственно в целом или в отношении указанного Застрахованного).

Примечание: Одностороннее расторжение договора Страхователем (отказ от договора страхования) и получение вышеуказанной части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, прекращает все обязательства Страхователя (Выгодоприобретателя) и/или Страховщика, вытекающие из указанного договора страхования (в том числе в части любых претензий о выплате по событиям, которые произошли в период действия договора).

8.9. Если это прямо предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем в тексте Договора страхования, при изменении условий Договора страхования в связи с досрочным расторжением Договора в отношении конкретных Застрахованных - Страхователю возвращается часть оплаченной страховой премии (уплаченных страховых взносов) за не истекший срок страхования за вычетом расходов Страховщика в соответствии со структурой тарифной ставки и за вычетом произведенных и/или предстоящих страховых выплат, если иное не предусмотрено Договором.

По соглашению сторон Договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания срока действия Договора или, в случае последующего включения в Договор новых Застрахованных, увеличения страховых сумм, уплаты очередного страхового взноса и т.п., проведен взаимозачет.

8.10. При страховании с валютным эквивалентом в случае прекращения либо досрочного расторжения Договора страхования, если возврат части страховой премии за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования, возврат части страховой премии за не истекший срок страхования осуществляется исходя из фактически уплаченной страховой премии в рублях.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страхователь вправе:

9.1.1. С письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления смерти Застрахованного;

9.1.2. С согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся перечня страховых рисков, размера страховой суммы, срока страхования, размера, порядка и сроков уплаты страховых взносов, численности Застрахованных лиц. Данные изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, при этом Страховщик вправе требовать доплаты страхового взноса;

9.1.3. С письменного согласия Застрахованного лица и Страховщика заменить Застрахованного другим лицом;

9.1.4. В любое время, письменно уведомив Страховщика, отказаться от Договора страхования (расторгнуть в одностороннем порядке), если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

9.1.5. При решении вопроса о страховой выплате потребовать проведения независимой медицинской экспертизы в порядке, предусмотренном настоящими Правилами;

9.1.6. С согласия Страховщика производить дополнительное страхование с соответствующей доплатой страховой премии путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования;

9.1.7. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

9.1.8. Получать любые разъяснения по Договору;

9.1.9. Пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Уплачивать страховую премию (страховые взносы при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в сроки, которые установлены Договором;

9.2.2. В случае смерти или инвалидности Застрахованного письменно известить об этом Страховщика не позднее 30-ти дней со дня, когда ему стало известно о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;

9.2.3. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику запрашиваемые сведения о себе и Застрахованном лице (включая сведения о состоянии здоровья), а также все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки страхового риска (вероятности наступления страхового случая);

9.2.4. Обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика;

9.2.5. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица, составление и оформление которых находится в компетенции Страхователя;

9.2.6. Обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и (или) травме Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления;

9.2.7. Сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно (не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно) обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая, а также о всех известных ему факторах существенного увеличения степени страхового риска в отношении каждого Застрахованного лица, в том числе о намерениях Застрахованного заняться или о начале его занятий опасными видами спорта и отдыха, перечисленными в п. 1.16. Правил;

9.2.7.1. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии (взноса) соразмерно увеличению страхового риска.

9.2.7.2. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии (страхового взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

9.2.7.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

9.2.8. Письменно уведомлять Страховщика обо всех Договорах страхования Застрахованного лица от несчастного случая с другим Страховщиком;

9.2.9. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, выполнить все действия, предусмотренные Правилами и Договором страхования, включая подачу заявления о наступлении страхового случая в установленные сроки;

9.2.10. При подаче заявления о страховой выплате предъявить Страховщику все документы, предусмотренные Правилами и Договором страхования;

9.2.11. Довести до сведения Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) положения настоящих Правил, а также сообщить ему об условиях Договора страхования;

9.2.12. Выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.3. Выгодоприобретатель вправе исполнять обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и Договором для Страхователя. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

9.4. Страховщик вправе:

9.4.1. Проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем ин-

формацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил;

9.4.2. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения размера страховых взносов или снижения страховых сумм, если в течение срока действия Договора страхования появляются обстоятельства (факторы), свидетельствующие об увеличении страхового риска;

9.4.3. Если при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. о Застрахованном), потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

9.4.4. Потребовать уплаты дополнительной страховой премии (страховых взносов) при изменении условий Договора, оформлении дополнительных соглашений к Договору и т.п. в соответствии с оценкой Страховщиком страхового риска;

9.4.5. Потребовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате;

9.4.6. При заключении Договора страхования потребовать от Страхователя подачи письменного заявления на страхование с приложением предусмотренных настоящими Правилами документов, необходимых для принятия решения о заключении Договора;

9.4.7. Перед заключением Договора страхования потребовать личной встречи страхуемого лица с представителем Страховщика, а также потребовать проведения медицинского обследования страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья;

9.4.8. Потребовать признания Договора страхования недействительным по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации;

9.4.9. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая самостоятельно выяснять его причины и обстоятельства, запрашивая у любых физических и юридических лиц и получая иными законными способами необходимую информацию и документы;

9.4.10. При решении вопроса о страховой выплате потребовать проведения независимой медицинской экспертизы;

9.4.11. Потребовать от Страхователя (Выгодоприобретателя) полного или частичного возврата страховой выплаты по основаниям, предусмотренным Правилами;

9.4.12. Пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. Передать Страхователю или Застрахованному Договор страхования и (или) страховой Полис (страховой сертификат) с приложением Правил;

9.5.2. Не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, о состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

9.5.3. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, в сроки, порядке и способом, предусмотренными Правилами и Договором страхования;

9.5.4. При увеличении срока принятия решения о страховой выплате в письменной форме уведомить об этом Страхователя (Выгодоприобретателя);

9.5.5. В письменной форме уведомить Страхователя (Выгодоприобретателя) об отказе в страховой выплате с указанием основания;

9.5.6. Выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

9.6. Застрахованный (или иное лицо в пользу которого заключен Договор страхования) вправе исполнить обязанности Страхователя по Договору, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате по Договору страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору не освобождает Страхователя от исполнения других обязанностей по Договору.

9.7. Застрахованный обязан:

9.7.1. Незамедлительно сообщать Страховщику обо всех известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными в любом случае признаются любые изменения в сведениях, сообщенных в Заявлении на страхование и медицинской анкете;

9.7.2. Информировать Страховщика о намерениях заняться или о начале занятий опасными видами спорта и отдыха, указанными в п.1.16 Правил;

9.7.3. В случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение 30-ти дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания;

9.7.4. По требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование как при заключении (в период действия) Договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья, если Страховщик сочтет это необходимым;

9.7.5. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией (в т.ч. содержащие сведения составляющие врачебную тайну о состоянии здоровья Застрахованного) из любых медицинских и иных учреждений (организаций) для решения вопросов, связанных с определением характера и обстоятельств полученного Застрахованным повреждения жизни или здоровья, а также с исполнением Договора страхования;

9.7.6. Исполнять иные обязанности, которые предусмотрены соответствующим Договором страхования.

10. Основания для отказа в страховой выплате

10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если договором страхования не предусмотрено иное, когда страхового случая наступил вследствие:

10.1.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

10.1.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;

10.1.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.1.4. Умысла Страхователя (Выгодоприобретателя);

10.1.5. Того, что Страхователь (Выгодоприобретатель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

10.2. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

10.2.1. Страхователь (Выгодоприобретатель), после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика в предусмотренный настоящими Правилами срок и указанным в настоящих Правилах способом, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату;

10.3. Уведомление о полном или частичном отказе в страховой выплате с указанием причин отказа направляется Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменном виде, в порядке и сроки, предусмотренные п.7.11 Правил.

10.4. Полный или частичный отказ Страховщика в страховой выплате может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в судебном порядке.

11. Заключительные положения

11.1. В Договоре страхования могут быть указаны соответствующие документы, которые являются его неотъемлемой частью.

11.2. В целях улучшения условий страхования и (или) при изменении законодательства

Страховщик оставляет за собой право вносить изменения в данные Правила в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

11.3. В отношении Договоров страхования (страховых полисов), заключенных на основании настоящих Правил, обработка Страховщиком персональных данных страхователей (застрахованных лиц, выгодоприобретателей) осуществляется на основании положений Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

11.4. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и расторжением либо прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны уведомить друг друга в течение 30-ти дней со дня наступления изменений. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №1
СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами комплексного страхования от несчастных случаев и болезней № 3 (далее - Правила) и Дополнительными условиями №1 страхования на случай заболеваний в результате радиационного воздействия (далее – Дополнительные условия), Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события, связанного с причинением вреда жизни или здоровью названного в договоре гражданина (Застрахованного лица) в результате радиационного воздействия (страхового случая), выплатить лицу в пользу, которого заключен договор страхования (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) обусловленную договором страховую выплату в пределах установленной в договоре страхования страховой суммы.

2. Страхователями могут быть юридические лица независимо от их организационно-правовой формы, которые в установленном действующем законодательством порядке владеют ядерной установкой, радиационным источником или пунктом хранения ядерных материалов и радиоактивных веществ, пункты хранения и хранилища радиоактивных отходов (далее - пунктом хранения) (далее – Источник радиоактивного воздействия) и осуществляют предусмотренные законом виды деятельности в области использования атомной энергии.

3. Застрахованными лицами могут быть физические лица, в отношении которых Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай причинения вреда их здоровью, а также их смерти в результате радиационного воздействия.

3.1. На основании настоящих Дополнительных условий на страхование не принимаются следующие лица:

- инвалиды I, II группы;
- лица, подверженные психическим расстройствам и состоящие на учете в психоневрологическом диспансере;
- лица, у которых до заключения договора страхования были диагностированы заболевания, перечисленные в п. 4.1. настоящих Дополнительных условий.

3.2. По настоящим Дополнительным условиям Страховщик заключает Договор страхования в отношении нижеуказанных физических лиц исключительно при условии, что до заключения Договора в письменном Заявлении на страхование Страховщик был уведомлен Страхователем о дозе облучения, полученной лицом, заявленным на страхование как о существенном обстоятельстве, влияющем на вероятность наступления страхового случая (оценку страхового риска Страховщиком). Если иное не предусмотрено Договором страхования, обязательное предварительное уведомление Страховщика во всяком случае требуется в отношении следующих лиц, заявленных на страхование:

- Лица, получившие дозу облучения от 200 мЗв (20бэр) и выше в течение года, предшествующего году страхования.

При отсутствии предусмотренного настоящим пунктом уведомления Страховщика о дозе облучения лица, заявленного на страхование, Страховщик вправе потребовать признания заключенного в отношении вышеуказанного физического лица Договора страхования недействительным с момента его заключения в установленном действующим законодательством порядке.

4. По настоящим Дополнительным условиям, Договор страхования может быть заключен на следующих основных условиях (от следующих основных рисков):

- **«Заболевание в результате радиационного воздействия»** (согласно п.4.1. Дополнительных условий);

- **«Инвалидность: частичная или полная утрата общей трудоспособности в результате радиационного воздействия, повлекшая признание лица инвалидом»** (согласно п.4.2. Дополнительных условий);

- **«Смерть в результате заболевания, вызванного радиационным воздействием»** (согласно п.4.3. Дополнительных условий);

- «Облучение» (согласно п.4.4. Дополнительных условий);

Договором страхования, заключаемым на условиях настоящих Дополнительных условий, может предусматриваться страхование от всех или некоторых из перечисленных ниже страховых рисков:

4.1. При заключении Договора страхования на условиях **«Заболевание в результате радиационного воздействия»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение срока действия страхования (при условии, что Застрахованное лицо подвергалось воздействию ионизирующего излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения, имевшего место в период действия страхования), из числа следующих:

- острая или хроническая лучевая болезнь;
- лучевая катаракта;
- лучевые ожоги;
- лучевой гипотиреоз, лучевой аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб и доброкачественные опухоли щитовидной железы;
- злокачественные новообразования (рак щитовидной железы, молочной железы, яичников, легкого и дыхательных путей, желудка);
- гемобластозы (острые лейкозы, хронический миелолейкоз, миеломная болезнь, лимфосаркомы);
- миелодисплазии и апластическая анемия;
- иные заболевания (нарушения здоровья), если согласно заключению Федерального Центра профпатологии НИИ медицины труда РАМН, Федерального экспертного совета или решению суда между возникновением этих заболеваний и воздействием ионизирующего излучения установлена прямая причинно-следственная связь.

При этом к страховым рискам не относится, страховым случаем не является, и страхование, обусловленное договором страхования, не распространяется на обострение или рецидив (возобновление) вышеуказанных заболеваний.

4.2. При заключении Договора страхования на условиях **«Инвалидность: частичная или полная утрата общей трудоспособности в результате радиационного воздействия, повлекшая признание лица инвалидом»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил и п.4.1. Дополнительных условий) является частичная или полная утрата общей трудоспособности Застрахованного, повлекшая признание данного лица инвалидом впервые (первичное установление Застрахованному лицу группы инвалидности) в связи с заболеванием, указанным в п. 4.1. настоящих Дополнительных условий, при условии, что Застрахованное лицо ранее подвергалось воздействию ионизирующего излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения, имевшего место в период действия страхования.

4.3. При заключении Договора страхования на условиях **«Смерть в результате заболевания, вызванного радиационным воздействием»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил и п.4.1. Дополнительных условий) является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате заболевания, указанного в п. 4.1. настоящих Дополнительных условий, при условии, что Застрахованное лицо ранее подвергалось воздействию ионизирующего излучения в виде профессионального или аварийного, или случайного облучения, имевшего место в период действия страхования.

4.4. При заключении Договора страхования на условиях **«Облучение»** страховым риском (с учетом исключений, предусмотренных п.4.4.-4.5. Правил) является аварийное или случайное облучение Застрахованного лица в период действия страхования дозами более 200 мЗв (20 бэр), повлекшее причинение вреда здоровью или смерть Застрахованного.

5. События, предусмотренные п.п. 4.2. - 4.3. настоящих Дополнительных условий и явившиеся следствием профессионального или аварийного, или случайного облучения, произошедше-

го в период страхования, также признаются страховыми случаями, если соответственно признание лица инвалидом и/или смерть наступили в течение одного года с даты облучения.

6. По настоящим Дополнительным условиям, страховые выплаты устанавливаются в следующем размере в зависимости от характера причинения вреда жизни и здоровью (в процентах от страховой суммы, установленной на Застрахованное лицо):

6.1. При заключении Договора страхования по риску **«Заболевание в результате радиационного воздействия»** (согласно п. 4.1. настоящих Дополнительных условий) размер страховой выплаты составляет – 40%;

6.2. При заключении Договора страхования по риску **«Инвалидность: частичная или полная утрата общей трудоспособности в результате радиационного воздействия, повлекшая признание лица инвалидом»** (согласно п. 4.2. настоящих Дополнительных условий) – размер страховой выплаты определяется в зависимости от установленной Застрахованному лицу группы инвалидности:

- I группа инвалидности - 100%;
- II группа инвалидности – 80%;
- III группа инвалидности – 60%.

6.3. При заключении Договора страхования по риску **«Смерть в результате заболевания, вызванного радиационным воздействием»** (согласно п. 4.3. настоящих Дополнительных условий) размер страховой выплаты составляет – 100%;

6.4. При заключении Договора страхования по риску **«Облучение»** (согласно п. 4.4. настоящих Дополнительных условий) размер страховой выплаты определяется в зависимости от полученной Застрахованным дозы облучения:

- при дозах от 200 мЗв (20бэр) до 500 мЗв (50бэр) – 20%;
- при дозах более 500 мЗв (50бэр) – 30%.

7. Для принятия решения о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан представить Страховщику Заявление о страховом случае с приложением документов (их заверенных копий, выданных органом, или нотариально), подтверждающих факт наступления страхового случая и размер причиненного вреда:

- от представителя Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - выданная и оформленная в установленном порядке доверенность, уполномочивающая данного представителя действовать от имени Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

- медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, содержащее полный диагноз;

- документ, подтверждающий факт облучения Застрахованного лица в определенной дозе;

- справку и заключение из учреждения медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), выписка из истории болезни о направлении Застрахованного лица на установление группы инвалидности; копия выписки из трудовой книжки (при установлении инвалидности);

- заключение патолого-анатомического или судебно-медицинского исследования; свидетельство ЗАГСа о смерти; выписка из истории болезни с посмертным диагнозом (в случае смерти в больнице) или выписка из амбулаторной карты (в случае смерти на дому); свидетельство о праве на наследство в случае, если не указан Выгодоприобретатель (в случае смерти);

- документ, удостоверяющий личность получателя (для обозрения и снятия копии).

При этом, если в предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документах отсутствуют соответствующие сведения, необходимые для подтверждения факта наступления страхового случая, установления его обстоятельств, а также определения характера и размера вреда жизни и/или здоровью Застрахованного лица (в зависимости от указанных в договоре страхования застрахованных рисков), Страховщик вправе в порядке, предусмотренном п.7.9 Правил, предложить Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) предоставить дополнительные конкретные документы, в которых содержатся сведения об обстоятельствах наступления страхового случая, характере и размере вреда, причиненного соответственно жизни и/или здоровью Застрахованного.

8. Если после страховой выплаты по риску **«Инвалидность: частичная или полная утрата общей трудоспособности в результате радиационного воздействия, повлекшая признание лица инвалидом»**, указанному в п. 4.2. настоящих Дополнительных условий с размером страховой выплаты в зависимости от группы инвалидности будет достоверно установлено и подтверждено соответствующим медицинским заключением МСЭ, что полученный Застрахованным вред здоровью в результате событий, предусмотренных Договором страхования оказался более серьезным, чем было установлено изначально, что приводит к установлению Застрахованному более высокой группы инвалидности, и соответственно, по условиям Договора страхования по новой группе инвалидности Застрахованному причитается страховая выплата в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик осуществляет страховую выплату в размере возникающей разницы при условии, что факт причинения Застрахованному более серьезного вреда здоровью подтвержден медицинским освидетельствованием МСЭ, которое проведено не позднее 1-го года с даты соответствующего предусмотренного Договором страхования события, приведшего к частичной или полной утрате общей трудоспособности (постоянному нарушению здоровья), повлекшей назначение инвалидности Застрахованного.

9. Если договором страхования не предусмотрено иное, во всем ином, не предусмотренном настоящими Дополнительными условиями действуют Правила. При расхождении положений настоящих Дополнительных условий с положениями Правил, приоритет имеют положения настоящих Дополнительных условий.