

УТВЕРЖДЕНО
Генеральным директором
ЗАО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ»
Д.А. Максимовым

«17» октября 2014 года

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

Оглавление:

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
1. Терминология	2
2. Субъекты страхования.....	4
3. Объект страхования	4
4. Страховые риски. Страховые случаи	4
5. Заключение Договора.....	6
6. Страховая премия (страховые взносы)и страховой тариф	9
7. Страховые суммы	10
8. Страховые выплаты.....	10
9. Прекращение Договора.....	12
10. Продление Договора.....	13
11. Права и обязанности.....	14
12. Заключительные положения	15
ЧАСТЬ II. ВАРИАНТЫ СТРАХОВАНИЯ	17
А. Страхование на случай временной нетрудоспособности	17
Б. Страхование на случай госпитализации.....	18
В. Страхование на случай перенесения хирургической операции	18
Г. Страхование на случай стойкой нетрудоспособности/инвалидности	18
Д. Страхование на случай смерти	20
Е. Страхование от несчастных случаев и болезней, связанное с получением кредита	21
Ж. Страхование на случай временной или стойкой нетрудоспособности в результате критического заболевания или серьезной операции	21
З. Страхование от несчастных случаев и болезней, связанное с получением кредита и/или выдачей кредитных карт	23
И. Страхование от несчастных случаев учащихся образовательных учреждений	24
К. Страхование на случай лечения за рубежом серьезного заболевания или проведения за рубежом сложной операции	26

Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней (далее именуемые – «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее именуемого – «Договор»).

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Часть I включает определения терминов, используемых в Правилах и Договорах, а также общие условия для всех Вариантов страхования по настоящим Правилам.

1. Терминология

1.1. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Страховщик - Закрытое акционерное общество «Страховая компания БЛАГОСОСТОЯНИЕ» (ОГРН 1057748388378, регистрационный номер субъекта страхового дела 3991, лицензия С № 3991 77 выдана органом страхового надзора, срок действия лицензии: бессрочно), которое заключает Договор со Страхователем в соответствии с Правилами.

Страхователь - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с Правилами и уплачивающее страховые взносы по Договору. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным по Договору.

Застрахованный - физическое лицо в возрасте от 3 до 75 лет, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда здоровью Застрахованного, на случай его смерти или наступления в его жизни иного предусмотренного Договором события (страхового случая).

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

Договоры коллективного страхования - Договоры, заключенные в отношении:

- нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования;
- единственного Застрахованного, при условии, что заключение данных Договоров обусловлено соглашением между Застрахованными и их кредиторами.

Выгодоприобретатель - юридическое или физическое лицо, которому принадлежит право на получение страховых выплат. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено Договором. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Если последнее не установлено, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством Российской Федерации, которые получают страховую выплату в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство.

Страховая сумма - определенная Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховых выплат и в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору.

Страховая выплата - денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором.

Страховая премия - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении, и уплачивается Страховщику в качестве платы за страхование.

Страховой взнос – часть страховой премии, подлежащей уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

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

Вариант страхования - совокупность условий, характеризующих особенности заключения и прекращения Договора, уплаты страховой премии и страховых выплат. Варианты страхования определены во второй части настоящих Правил. Договором может предусматриваться один или несколько Вариантов страхования. В случае если Вариант страхования предусматривает условия исполнения Договора, не соответствующие Общим положениям Правил, то применяются положения Варианта страхования.

Льготный период - устанавливаемый в соответствии с Правилами срок, в течение которого действие страхования по Договору не приостанавливается при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов. При уплате очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода Страхователь освобождается от обязанности уплатить пеню за несвоевременную уплату страхового взноса (если такая пеня предусмотрена Договором).

Приостановление действия страхования по Договору означает, что в случае неуплаты очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода у Страховщика возникает право отказать в страховой выплате по Договору. Восстановление действия страхования по Договору осуществляется в соответствии с Правилами.

Выжидательный период - период времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого предусмотренные Договором страховые риски признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в Договоре или в дополнительном соглашении к нему. Выжидательный период и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон Договора при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика.

Срок страхования - период времени, определяемый Договором, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Факторы существенного увеличения степени страхового риска - смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и(или) способная привести к появлению профессиональных заболеваний, переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 года, появление увлечений, начало занятий видами спорта и отдыха (включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, планеризмом, скалолазание, состязание в скорости (за исключением бега), рафтинг, прыжки с помощью эластичного троса с высоты, спелеологию; авто- и мотоспорт, контактные единоборства, и т.п. виды спорта и отдыха), объективно связанное с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом. Также фактором существенного увеличения степени страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп инвалидности или установление иного порядка оценки социальной недостаточности.

Стойкая нетрудоспособность / инвалидность - социальная недостаточность Застрахованного вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций

организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Признак стойкой нетрудоспособности / инвалидности устанавливается Вариантом страхования. Группы инвалидности соответствуют группам, установленным федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, для характеристики степени инвалидности и требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера.

Временная нетрудоспособность (для Застрахованных в возрасте от 3 до 16 лет и для неработающих Застрахованных, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) - социальная недостаточность Застрахованного вследствие нарушения здоровья с временным расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности. Признак временной нетрудоспособности устанавливается Вариантом страхования.

Несчастный случай - внешнее, кратковременное (до нескольких часов), непреднамеренное, не являющееся следствием заболевания или его лечения (за исключением неправильных медицинских манипуляций), непредвиденное стечение обстоятельств, имевшее место в течение срока страхования, при котором вопреки воле Застрахованного причиняется вред его здоровью или наступает его смерть. Не относятся к несчастным случаям солнечные ожоги (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного, и случаев, когда такие ожоги имели место в результате действий или бездействия третьих лиц), 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, и за исключением инфекций, произошедших в результате лечения Застрахованного (методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике) от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая. Также не относится к несчастным случаям причинение вреда здоровью, вызванное применением рентгенодиагностики, терапевтических или оперативных методов лечения, кроме случаев, когда необходимость данных процедур вызвана необходимостью лечения Застрахованного (методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике) от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая.

Телесные повреждения – нарушения анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей, возникшие в результате внешнего воздействия.

Болезнь (заболевание) - диагностированное квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

Хирургическая операция - медицинская процедура посредством рассечения тканей тела Застрахованного, переносимая Застрахованным по медицинским показаниям и осуществляемая квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами.

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

2 . С у б ъ е к т ы с т р а х о в а н и я

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

3 . О б ъ е к т с т р а х о в а н и я

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

4 . С т р а х о в ы е р и с к и . С т р а х о в ы е с л у ч а и

4.1. Страховыми рисками признаются следующие события в жизни Застрахованного:

- а) временная нетрудоспособность, начавшаяся в течение срока страхования (в дальнейшем – риск временной нетрудоспособности);
- б) госпитализация, начавшаяся в течение срока страхования (в дальнейшем – риск госпитализации);
- в) хирургическая операция в течение срока страхования (в дальнейшем – риск операции);
- г) стойкая нетрудоспособность / инвалидность, полученная (установленная) в течение срока страхования;
- д) смерть в течение срока страхования (в дальнейшем – риск смерти);

Договором страхования также может быть предусмотрен страховой риск установления инвалидности или наступления смерти Застрахованного в течение 1 (одного) года со дня несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, и приведшего к установлению группы инвалидности или наступлению смерти. При реализации данного страхового риска датой наступления страхового случая будет являться дата несчастного случая.

Реализация каждого риска должна быть подтверждена документами, выданными компетентными органами, врачами соответствующей квалификации и (или) медицинскими учреждениями, имеющими соответствующую лицензию.

4.2. Перечень страховых рисков устанавливается при заключении Договора в зависимости от Варианта страхования. По Договору страхование распространяется на страховые риски, наступающие в результате несчастного случая и (или) болезни.

4.3. Если Договором не предусмотрено иное, страховыми случаями не признаются страховые риски, реализующиеся:

- а) в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является получателем страховых выплат, а также лиц, действующих по их поручению;

- б) в ходе умышленного совершения (попытки совершения) Застрахованным уголовно наказуемого деяния, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

- в) в результате алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного, вследствие употребления им спиртосодержащих жидкостей, наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

- г) во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

- д) во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

- е) в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а так же при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

- ж) в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным;

- з) во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);

- и) в результате осложнений беременности, родов, аборта, выкидыша;

- к) в результате действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- л) во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;

м) в результате болезни Застрахованного прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями;

н) в результате болезни / операции Застрахованного прямо или косвенно связанной с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте 5.3. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска;

о) во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий;

п) в неоплаченный период срока страхования (в случае неоплаты страховой премии / взноса в размере и сроки, установленные Договором).

4.4. Если Договором не предусмотрено иное, не признаются страховыми случаями:

а) временная или стойкая нетрудоспособность, или инвалидность, или госпитализация Застрахованного или перенесение им хирургической операции в связи с заболеванием, имевшимся у Застрахованного на дату начала срока страхования;

б) временная нетрудоспособность или госпитализация или перенесение хирургической операции в связи с прерыванием беременности, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования;

в) временная нетрудоспособность, или госпитализация, или перенесение хирургической операции в связи со стерилизацией, оплодотворением, рестерилизацией или лечением бесплодия, с лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, с беременностью или родами, 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;

г) временная нетрудоспособность Застрахованного в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, в связи с лечением пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), в связи с лечением заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной медицины;

д) госпитализация Застрахованного для проведения его медицинского обследования; нахождение Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

е) 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 непролиферирующих (неинвазивных) 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;

ж) перенесение Застрахованным хирургической операции по устранению смещения носовой перегородки, резекции носовой раковины, вазотомии, 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 страхования, или в связи с онкологическим заболеванием, впервые диагностированным в течение срока страхования;

з) перенесение Застрахованным хирургической операции для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в результате войны или обстоятельств, приравняемые к военному положению, вторжения, враждебного действия со стороны иностранного государства (независимо от того, была объявлена война, или нет), гражданской войны, восстания, бунта, революции.

5. Заключение Договора

5.1. Для заключения Договора заявитель направляет Страховщику письменное заявление установленной формы либо иным допустимым способом заявляет о своем

намерении заключить Договор. При этом для оценки страховых рисков заявитель или лицо, заявленное на страхование, обязаны сообщить Страховщику следующие сведения:

- а) фамилию, имя, отчество, дату и год рождения лица, заявленного на страхование;
- б) о действующих договорах страхования, предусматривающих выплаты на случай смерти или инвалидности лица, заявленного на страхование;
- в) об устных или письменных заявлениях в другие страховые организации с просьбой заключить договор страхования в отношении лица, заявленного на страхование;
- г) о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, включая сведения о заболеваниях / состояниях, перечисленных в пункте 5.3. Правил;
- д) о роде деятельности, профессии лица, заявленного на страхование, включая сведения, перечисленные в пункте 5.2. Правил;
- е) об увлечениях и особенностях проведения досуга и отдыха лица, заявленного на страхование;
- ж) о доходе лица, заявленного на страхование.

Формат предоставления вышеуказанных сведений, согласовываются между Страховщиком и заявителем или лицом, заявленным на страхование.

По требованию Страховщика заявитель или лицо, заявленное на страхование, обязан предоставить по установленной Страховщиком форме:

- а) анкету клиента;
- б) анкету о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование;
- в) выписку из амбулаторной / медицинской карты лица, заявленного на страхование;
- г) документ о доходе лица, заявленного на страхование.

Заявление и иные документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, являются неотъемлемой частью Договора.

5.2. Если иное не предусмотрено Договором, лицо, чья профессия или 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 до заключения Договора (при получении заявления на страхование). При невыполнении данного условия заключенный в отношении такого лица Договор может быть признан недействительным по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

5.3. Если иное не предусмотрено Договором,

- лицо, на момент заключения Договора являющееся инвалидом I или II группы или ребенком-инвалидом,
 - лицо, на момент заключения Договора являющееся носителем ВИЧ или большое СПИДом,
 - лицо, на момент заключения Договора страдающее психическим заболеванием или расстройством,
 - лицо, на момент заключения Договора состоящее на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере,
 - лицо, которому на момент заключения Договора установлен диагноз сердечно-сосудистого (в том числе, артериальная гипертензия/гипертония), онкологического или иного угрожающего жизни заболевания (диабет, эпилепсия и т.п.), или имеющее симптомы такого заболевания на момент заключения Договора,
- может быть Застрахованным только при условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора (при получении заявления на страхование). При невыполнении данного условия заключенный в отношении такого лица Договор может быть признан недействительным по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

5.4. Страховщик вправе требовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и(или) медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование.

В случае отказа от заполнения анкеты о состоянии здоровья или отказа от прохождения медицинского освидетельствования или в случае наличия у лица, заявленного на страхование, хронических заболеваний, угрожающих его жизни и здоровью (например, онкологического, сердечно-сосудистого, диабета и т.п.), Страховщик вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и(или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск.

Страховщик также вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и(или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

5.5. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику в необходимых объемах данные по лицу, заявленному на страхование, для оценки степени страхового риска и для заключения договора перестрахования или сострахования.

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

5.7. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) варианты страхования;
- в) страховые риски;
- г) страховые суммы;
- д) размер и порядок страховых выплат;
- е) размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);
- ж) срок действия Договора, дата начала и дата окончания страхования;
- з) выжидательный период (при необходимости).

и) время действия страхования: круглосуточно, при исполнении Застрахованным служебных обязанностей, при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.

5.8. Если иное не установлено Договором, Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты при наступлении страхового случая начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления первого страхового взноса на счет Страховщика или дня уплаты первого страхового взноса наличными деньгами в кассу Страховщика.

5.9. Страховщик оформляет и передает Страхователю страховой полис (страховой сертификат), подтверждающий заключение Договора. В случае утери страхового полиса (страхового сертификата) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат страхового полиса (страхового сертификата) и имеет право потребовать от Страхователя оплаты стоимости изготовления страхового полиса (страхового сертификата). После передачи дубликата страхового полиса (дубликата страхового сертификата) Страхователю утерянный экземпляр страхового полиса (страхового сертификата) считается недействительным.

5.10. Страхователь подтверждает, что имеет согласие Застрахованных - субъектов персональных данных на обработку их персональных данных (термин дан в соответствии с п.п.3. Ст.3 Федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ) Страховщиком в целях, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору в течение всего срока действия Договора и в течение пяти лет после прекращения Договора. Все претензии, возникающие или могущие возникнуть у Застрахованных, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ, других нормативных правовых актов, обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке. Страхователь обязуется хранить указанные согласия Застрахованных на обработку персональных данных в течение всего срока действия Договора и в течение пяти лет по окончании действия Договора.

Страхователь предоставляет Страховщику право обрабатывать персональные данные, необходимые для целей заключения и осуществления Договора, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных и трансграничную передачу: паспортные данные, почтовый адрес, контактный телефон, сведения о состоянии здоровья, на основании полученного им письменного согласия от Застрахованных.

6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф

6.1. Размер страховой премии определяется исходя из страховой суммы в зависимости от Варианта и срока страхования, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельности, образа жизни, увлечений и способов проведения досуга (отдыха, отпусков).

Страховой тариф по конкретному Договору определяется по соглашению сторон в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета страховых тарифов.

6.2. Договором в зависимости от Варианта страхования может предусматриваться один из следующих порядков уплаты страховой премии:

а) одновременно при заключении Договора;

б) в рассрочку - регулярными ежегодными, полугодовыми, ежеквартальными или ежемесячными платежами (страховыми взносами) до окончания предусмотренного Договором срока их уплаты.

6.3. Страховые взносы уплачиваются до дат, указанных в Договоре. Если иное не предусмотрено в Договоре, для уплаты ежемесячных страховых взносов устанавливается льготный период десять дней, а для уплаты страховых взносов с иной периодичностью - тридцать дней. Льготный период начинается с даты уплаты очередного страхового взноса, установленной в Договоре.

6.4. В случае неполной уплаты или неуплаты очередного страхового взноса в течение льготного периода действие страхования по Договору приостанавливается с даты окончания льготного периода.

6.5. Страхователь вправе восстановить действие страхования по Договору в следующем порядке:

а) если с даты приостановления действия страхования истекло не более тридцати дней, то Страхователь обязан уплатить просроченный страховой взнос и установленную в Договоре пению за каждый день просрочки (если установлена). В этом случае действие страхования по Договору восстанавливается со дня получения Страховщиком соответствующего платежа от Страхователя;

б) если с даты приостановления действия страхования истекло более тридцати дней, то действие страхования может быть восстановлено по письменному заявлению Страхователя и с письменного согласия Страховщика, при этом Страхователь обязан уплатить просроченный страховой взнос и установленную в Договоре пению за каждый день просрочки (если установлена).

6.6. Если с даты приостановления действия страхования истекло более тридцати дней, Страховщик вправе отказать в восстановлении действия страхования и расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном разделом 9 Правил.

При принятии положительного решения о восстановлении действия страхования по Договору Страховщик вправе установить выжидательный период.

Если Застрахованный на дату заявления о восстановлении действия страхования страдает хроническим заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (например, онкологическим, сердечно-сосудистым заболеванием, диабетом и т.п.), страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособен (имеет временное нарушение здоровья), это считается фактором существенного увеличения степени страхового риска, и дает Страховщику право установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск.

6.7. В зависимости от условий (Вариантов) страхования, Страховщик вправе установить минимальную и максимальную суммы страховой премии (страховых взносов).

6.8. По соглашению между Страхователем и Страховщиком, в Договоре коллективного страхования может быть установлен порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) льготный период и порядок приостановления / восстановления действия страхования иной, чем предусмотрено п. 6.2 – 6.6 Правил.

6.9. Страховая премия (страховые взносы) уплачиваются наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика или перечисляются на счет Страховщика путем безналичных расчетов. При этом обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной:

а) при оплате наличными деньгами – на дату оформления квитанции формы А-7;

б) при оплате с использованием платежной карты – на дату оформления квитанции А-7, подтверждающей совершение операции с использованием платежной карты;

в) при оплате через учреждение банка без открытия счета – на дату оформления документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств плательщика;

г) при оплате банковским переводом – на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре..

7. Страховые суммы

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

7.2. В зависимости от условий (Вариантов) страхования, Страховщик вправе установить минимальную и максимальную страховую сумму.

7.3. При коллективном страховании Страхователь вправе устанавливать как одинаковые, так и дифференцированные страховые суммы на каждого Застрахованного.

8. Страховые выплаты

8.1. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Договором, с учетом ограничений выжидательного периода, осуществляется Страховщиком при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, которые установлены Договором.

При неуплате очередного страхового взноса в течение льготного периода и наступлении страхового случая в течение данного периода страховая выплата уменьшается на величину неуплаченного страхового взноса и иных задолженностей перед Страховщиком.

При неуплате очередного страхового взноса по коллективному Договору в течение льготного периода и наступлении страхового случая в течение данного периода Страховщик приостанавливает страховые выплаты до уплаты страхового взноса.

8.2. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией соответствующего страхового риска Выгодоприобретатель обязан предоставить следующие документы:

8.2.1. Всегда необходимы:

а) письменное заявление со ссылкой на номер Договора (страхового полиса или сертификата), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты;

б) копию документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

в) копию договора страхования / полиса / сертификата, иные документы, подтверждающие согласие быть застрахованным.

8.2.2. В случае реализации рисков временной нетрудоспособности, стойкой нетрудоспособности, госпитализации, операции, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил:

а) оригиналы выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданные соответствующим медицинским учреждением, содержащие сведения об окончательном диагнозе и сроках лечения, описание проведенного лечения, включая протокол операции;

в) копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного;

8.2.3. В случае реализации риска инвалидности, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил:

а) копию свидетельства (справки), выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, об установлении Застрахованному группы инвалидности, заверенную выдавшим учреждением или нотариально;

б) копию направления на медико-социальную экспертизу, заверенную выдавшим медицинским учреждением или федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, в котором проводилось освидетельствование Застрахованного;

в) оригинал выписки из амбулаторной / медицинской карты или истории болезни с указанием диагноза и даты диагностирования заболевания, приведшего к установлению группы инвалидности и позволяющий сделать заключение о причинах инвалидности;

8.2.4. В случае реализации риска смерти, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил:

а) нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;

б) оригинал справки о смерти с указанием причины смерти или другой устанавливающей причину смерти документ или его заверенную выдавшим органом копию;

в) распоряжение Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного (далее по тексту – Распоряжение), оформленное в письменной форме с

согласия Застрахованного или свидетельство о праве на наследство, состоящее из суммы страховой выплаты, выданное нотариусом;

г) копии документов, подтверждающие родственные связи (в случае, если в Распоряжении Выгодоприобретателями указаны родственники);

8.2.5. В зависимости от обстоятельств реализации соответствующего страхового риска, помимо документов, указанных в пунктах 8.2.1. – 8.2.4. Правил:

а) копию акта о несчастном случае на производстве (форма Н1), заверенную работодателем Застрахованного (если реализация страхового риска связана с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным служебных обязанностей);

б) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа: правоохранительных органов, органов юстиции и т.п. (если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством);

в) копию акта о пожаре, заверенную выдавшим органом (если реализация страхового риска связана с пожаром);

г) копию постановления об административном правонарушении / постановления о возбуждении уголовного дела / постановления об отказе в возбуждении уголовного дела (если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления были зафиксированы указанными документами);

д) копию справки, установленной уполномоченным органом формы о факте дорожно-транспортного происшествия и его участниках (если реализация страхового риска связана с дорожно-транспортным происшествием);

е) копии результатов химических, гистологических и иных исследований, заверенные выдавшим учреждением (если это необходимо для подтверждения реализации страхового риска и / или для исключения обстоятельств, указанных в пунктах 4.3. и 4.4. настоящих Правил);

ж) заверенную судом копию судебного решения, вступившего в законную силу.

Все документы, предоставляются на русском языке или в переводе на русский язык, при этом подпись переводчика должна быть удостоверена нотариусом.

Дополнительно к вышеперечисленным документам Страховщик имеет право требовать предоставления дополнительных анкет, по формам, утвержденным Страховщиком, если это обусловлено законодательством РФ.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному случаю до предоставления документов надлежащего качества.

8.3. Решение о признании реализовавшегося страхового риска страховым случаем принимает Страховщик, руководствуясь Правилами, на основании документов, предоставленных Выгодоприобретателем. Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в пункте 8.2. Правил, предоставления документов в иной форме или предоставления иных документов, аналогичных указанным в пункте 8.2. Правил, если на основании представленных Выгодоприобретателем документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая, исключить обстоятельства, указанные в пунктах 4.3. и 4.4. Правил, и определить размер страховой выплаты. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании страхового риска страховым случаем до выяснения обстоятельств его наступления, до получения заключения медицинского учреждения (эксперта), назначенного Страховщиком для выяснения состояния здоровья Застрахованного после наступления страхового риска, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования.

8.4. При принятии решения об отсрочке страховой выплаты или об отказе в страховой выплате Страховщик в письменной форме (или иной форме, согласованной сторонами в Договоре) и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом получателя в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в пункте 8.2. Правил.

8.5. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате она осуществляется в течение 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех документов, указанных в пункте 8.2. Правил.

8.6. Страховая выплата осуществляется путем перечисления на банковский счет получателя, если иное не согласовано с ним. Расходы по перечислению страховой выплаты, связанные с операциями по счету Страховщика, несет Страховщик, а связанные с операциями по счету получателя – получатель.

8.7. При наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, соблюдается следующий приоритет получателей страховой выплаты, причитающейся согласно Договору в связи со смертью Застрахованного:

а) в первую очередь – 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;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) получателем является лицо, указанное в завещании Застрахованного как единственный наследник всего имущества Застрахованного либо как получатель страховой выплаты;

в) при отсутствии получателя по п.8.7.а и п.8.7.б получателем является лицо, признанное наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на наследство, состоящее из суммы страховой выплаты, при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство.

8.8. Если Договором предусмотрено страхование на случай смерти, 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 страхования. В противном случае страховой риск считается не реализовавшимся, и страховой случай – не наступившим.

8.9. Сумма страховых выплат по всем страховым случаям, соответствующим Варианту страхования, не может превышать страховой суммы, установленной в Договоре для этого Варианта страхования.

8.10. Если Договор содержит несколько Вариантов страхования, предусматривающих страховые выплаты в случае временной нетрудоспособности, стойкой нетрудоспособности инвалидности или смерти, и если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловили наступление последовательности страховых случаев, признаваемых сначала по одному Варианту страхования, а затем по другому Варианту страхования, размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности рассчитывается исходя из страховых сумм, установленных по каждому Варианту страхования на дату реализации первого страхового случая, и уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью, если иное не предусмотрено условиями Договора либо условиями Варианта страхования.

9 . П р е к р а щ е н и е Д о г о в о р а

9.1. При отсутствии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату окончания срока страхования. При наличии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме.

9.2. Договор может быть досрочно прекращен по соглашению сторон.

9.3. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя.

В случае если Страхователь определенно выразит намерение прекратить Договор, часть обязанностей Страхователя по которому исполнена Застрахованным или иным лицом, Страховщик обязан предложить Страхователю и лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя, сменить Страхователя в Договоре в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ. Страховщик также обязан предложить Страхователю осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора. Перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется трехсторонним соглашением между Страховщиком, первоначальным и новым Страхователями.

9.4. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае неисполнения Страхователем обязанности по сообщению Страховщику о появлении фактора существенного увеличения степени страхового риска или в случае отказа Страхователя от внесения изменений в Договор в связи с появлением фактора существенного увеличения степени страхового риска. Договор также может быть досрочно прекращен Страховщиком, если с даты приостановления действия страхования истекло более тридцати дней и Страхователь письменно не заявил о переводе Договора в полностью оплаченный или о своем намерении продолжить уплату страховых взносов.

9.5. Договор досрочно прекращается в случае смерти Застрахованного в течение срока страхования, не являющейся страховым случаем.

9.6. Договор досрочно прекращается в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, не являющегося Застрахованным, до окончания срока страхования, если обязанность Страхователя по уплате страховых взносов не исполнена в полном объеме и иное лицо не приняло на себя права и обязанности Страхователя по Договору. При этом, если подлежит прекращению Договор, по которому часть обязанностей Страхователя исполнена Застрахованным или иным лицом, то Страховщик обязан предложить лицу, имеющему право распоряжаться имуществом Страхователя в процессе ликвидации Страхователя – юридического лица, либо наследнику Страхователя – физического лица, осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ, то есть передать права и обязанности Страхователя по Договору лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя. Данная перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется соответствующим трехсторонним соглашением.

9.7. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованный или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязанности Страхователя по Договору.

9.8. Сторона, намеревающаяся досрочно прекратить Договор, обязана письменно уведомить об этом другую сторону.

При прекращении Договора по инициативе Страхователя датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страхователя. При этом, если Страховщик получает уведомление Страхователя позже даты прекращения, указанной в уведомлении Страхователя, то датой прекращения Договора будет считаться дата получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя.

При прекращении Договора по инициативе Страховщика датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страховщика.

При прекращении Договора по соглашению сторон сторона, намеренная прекратить Договор, обязана уведомить об этом другую сторону не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения договора.

9.9. При досрочном прекращении Договора Страхователю возвращается часть страховых взносов за неистекший срок страхования за вычетом расходов и страховых выплат Страховщика по данным Договорам, если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем.

9.10. Если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем, при изменении условий Договора коллективного страхования в связи с прекращением Договора в отношении конкретных Застрахованных или уменьшением страховых сумм Страхователю возвращается часть уплаченных страховых взносов – с учетом понесенных Страховщиком расходов и с учетом уменьшения его ответственности по Договору.

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

10. Продление Договора

10.1. Договор может быть продлен по заявлению Страхователя на новый срок на прежних условиях, если:

а) сумма заявленных требований страховых выплат по Договору не превышает суммы страховых взносов, полученных Страховщиком по этому Договору за весь срок страхования (включая продления);

б) Договор коллективного страхования продляется в отношении не менее 80% Застрахованных по Договору;

в) заявление о продлении направлено Страховщику в письменной форме не позже, чем через 10 рабочих дней после окончания последнего оплаченного срока страхования, если иное не установлено по соглашению сторон Договора.

10.2. Однако, при продлении Договора на новый срок в соответствии с п.10.1.:

а) продление страхования допускается только с даты, следующей за датой окончания текущего срока страхования, и на срок не менее одного года;

б) Страховщик вправе рассчитать страховой взнос с учетом увеличения возраста Застрахованного на дату продления и изменения степени страхового риска;

в) страховой взнос за продление страхования подлежит уплате в сроки, установленные по соглашению сторон. При его неуплате или несвоевременной уплате Договор считается не продленным.

10.3. Страховщик вправе отказать в продлении Договора в следующих случаях:

а) уведомление Страхователя о продлении Договора получено Страховщиком позже, чем через 10 рабочих дней после его окончания;

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

в) на дату продления Договора возраст Застрахованного превышает 64 года;

г) на дату продления Договора Застрахованный является инвалидом, носителем ВИЧ или больным СПИДом или страдает психическими болезнями или расстройствами.

10.4. При последовательном продлении Договора на новый срок датой начала срока страхования считается дата начала самого первого срока страхования (из продляемых).

11. Права и обязанности

11.1. Страхователь вправе:

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

б) с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся состава вариантов страхования, размера страховой суммы, срока страхования, размера, порядка и сроков уплаты страховых взносов. Данные изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, при этом Страховщик вправе требовать доплаты страхового взноса;

в) проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

г) получать любые разъяснения по Договору;

д) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.2. Страхователь обязан:

а) уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, которые установлены Договором;

б) в случае смерти или инвалидности Застрахованного письменно известить об этом Страховщика в течение тридцати дней со дня, когда у Страхователя появилась возможность сообщить о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;

в) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

г) сообщать Страховщику о всех известных ему факторах существенного увеличения степени страхового риска, в том числе о намерениях Застрахованного заняться или о начале его занятий опасными видами спорта и отдыха;

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

11.3. Страховщик вправе:

а) проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил;

б) требовать внесения изменений в Договор, в том числе увеличения размера страховых взносов или снижения страховых сумм для приведения их в соответствие изменившейся степени страхового риска, если в течение срока страхования появляются факторы существенного увеличения степени страхового риска;

в) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация о Застрахованном, применить последствия, предусмотренные Статьей 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

г) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты –

до тех пор, пока Выгодоприобретатель не представит Страховщику необходимые доказательства;

д) взимать дополнительные страховые взносы при изменении условий Договора, оформлении дополнительных соглашений к Договору и т.п. в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;

е) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.4. Страховщик обязан:

а) если это предусмотрено Договором, вернуть Страхователю сумму первого страхового взноса при досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в течение первых тридцати дней с даты уплаты данного взноса, при условии отсутствия страховых случаев в этот период;

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

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

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

11.5. Застрахованный (или иное лицо с согласия Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае смерти Страхователя - физического лица или в случае ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Застрахованный (или иное лицо с согласия Страхователя и Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор.

Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору не освобождает Страхователя или иного лица, принявшего на себя права и обязанности Страхователя по Договору, от исполнения других обязанностей по Договору.

11.6. Застрахованный обязан:

а) сообщать Страховщику обо всех известных ему факторах существенного увеличения степени страхового риска в течение тридцати дней с даты появления данных факторов;

б) информировать Страховщика о намерениях заняться или о начале занятий опасными видами спорта и отдыха.

в) в случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания.

1 2 . З а к л ю ч и т е л ь н ы е п о л о ж е н и я

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

12.2. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, а также иные документы и сведения, необходимые для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

12.3. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховых взносов или получении ими страховых выплат или выкупных сумм.

12.4. 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. При этом Страховщик обязан информировать Страхователя об изменении Правил не менее чем за 10 дней до даты введения в действие новой редакции Правил, посредством направления Страхователю новой редакции Правил по почте (заказным письмом с уведомлением) или иным способом, согласованным Сторонами. При неполучении от Страхователя письменного заявления о несогласии с изменением Правил, новая редакция Правил будет считаться принятой Страхователем и Договор продолжит свое действие на основании новой редакции Правил.

12.5. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по Договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

12.6. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и 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 (тридцати) 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.

12.7. Все споры по Договору страхования между Сторонами, при не достижении взаимного согласия по их урегулированию, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

12.8. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а так же при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

ЧАСТЬ II. ВАРИАНТЫ СТРАХОВАНИЯ

Часть II определяет условия различных Вариантов страхования.

А. Страхование на случай временной нетрудоспособности

А.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон может быть предусмотрена одна из следующих форм действия страхования по риску временной нетрудоспособности (п.4.1.а Правил):

а) временная нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 0,4% от страховой суммы за каждый рабочий день временной нетрудоспособности;

б) временная нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Приложению № 1 к Правилам («Таблица страховых выплат при временной нетрудоспособности в результате несчастного случая»);

в) временная нетрудоспособность в результате болезни со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 0,4% от страховой суммы за каждый рабочий день временной нетрудоспособности;

г) временная нетрудоспособность в результате болезни или в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 0,4% от страховой суммы за каждый рабочий день временной нетрудоспособности;

д) временная нетрудоспособность в результате болезни со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 0,4% от страховой суммы за каждый рабочий день временной нетрудоспособности, или временная нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Приложению № 1 к Правилам («Таблица страховых выплат при временной нетрудоспособности в результате несчастного случая»).

А.2. Застрахованными на случай временной нетрудоспособности в результате болезни не могут быть лица моложе 18 или старше 65 лет, а также неработающие лица. Застрахованными на случай временной нетрудоспособности (временной утраты здоровья) в результате несчастного случая не могут быть лица моложе 3 или старше 75 лет.

А.3. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора постоянной на весь срок страхования, но может быть изменена по соглашению сторон в соответствии с Правилами.

А.4. При страховых выплатах за каждый день временной нетрудоспособности они производятся Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования, но в сумме не более, чем за 60 рабочих дней по всем случаям временной нетрудоспособности, связанным с наступлением одного и того же несчастного случая или заболевания.

А.5. Если после страховой выплаты согласно «Таблице страховых выплат при временной нетрудоспособности в результате несчастного случая» будет достоверно установлено, что телесные повреждения Застрахованного оказались более серьезными, чем было установлено изначально, и согласно данной таблице Застрахованному причитаются выплаты в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик обязуется выплатить возникающую разницу, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к телесным повреждениям Застрахованного.

А.6. При варианте страхования, предусматривающем страховые выплаты согласно «Таблице страховых выплат при временной нетрудоспособности в результате несчастного случая», Страхователь и Страховщик могут по взаимному согласию предусмотреть условную или безусловную франшизу в процентах от страховой суммы. При варианте страхования, предусматривающем страховые выплаты по дням нетрудоспособности, Страхователь и Страховщик могут по взаимному согласию предусмотреть условную или безусловную франшизу в размере определенного количества дней временной нетрудоспособности.

Б . Страхование на случай госпитализации

Б.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон может быть предусмотрена одна из следующих форм действия страхования по риску госпитализации (п.4.1.б Правил):

а) госпитализация в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;

б) госпитализация в результате болезни или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

Б.2. Застрахованными на случай госпитализации в результате болезни не могут быть лица моложе 18 или старше 65 лет. Застрахованными на случай госпитализации в результате несчастного случая не могут быть лица моложе 3 или старше 75 лет.

Б.3. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора постоянной на весь срок страхования, но может быть изменена по соглашению сторон в соответствии с Правилами.

Б.4. Страховая выплата за каждый полный день пребывания в стационаре составляет 0,3% от страховой суммы и производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но в сумме не более, чем за 90 календарных дней по всем случаям госпитализации, связанным с наступлением одного и того же несчастного случая или заболевания.

Б.5. При заключении Договора Страхователь и Страховщик могут по взаимному согласию предусмотреть условную или безусловную франшизу в размере определенного количества дней госпитализации.

Б.6. Если иное не предусмотрено Договором, страховым случаем не признается госпитализация в результате болезни, если эта госпитализация начинается в первые 3 месяца с начала срока страхования.

В . Страхование на случай перенесения хирургической операции

В.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон может быть предусмотрена одна из следующих форм действия страхования по риску операции (п.4.1.в Правил):

а) операция в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;

б) операция в результате болезни или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

В.2. Застрахованными на случай перенесения хирургической операции в результате болезни не могут быть лица моложе 18 или старше 65 лет. Застрахованными на случай перенесения хирургической операции в результате несчастного случая не могут быть лица моложе 3 или старше 75 лет.

В.3. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора постоянной на весь срок страхования, но может быть изменена по соглашению сторон в соответствии с Правилами.

В.4. Страховая выплата рассчитывается в процентах от страховой суммы согласно Приложению № 2 к Правилам («Таблица страховых выплат при хирургических вмешательствах»).

В.5. При заключении Договора Страхователь и Страховщик могут по взаимному согласию установить условную или безусловную франшизу в процентах от страховой суммы.

В.6. Если иное не предусмотрено Договором, страховым случаем не признается перенесение хирургической операции в результате болезни, если эта операция проводится в первые 3 месяца с начала срока страхования.

Г . Страхование на случай стойкой нетрудоспособности / инвалидности

Г.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон может быть предусмотрена одна из следующих форм действия страхования по риску стойкой нетрудоспособности/инвалидности (п.4.1.г Правил):

а) инвалидность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной

Застрахованному группы инвалидности: 50% за III группу инвалидности; 80% за II группу инвалидности; 100% за I группу инвалидности;

б) стойкая нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Приложению № 3 к Правилам («Таблица страховых выплат при стойкой нетрудоспособности в результате несчастного случая»);

в) инвалидность I группы в результате болезни со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 100% страховой суммы;

г) инвалидность I или II группы в результате болезни со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 80% от страховой суммы за II группу инвалидности или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности;

д) инвалидность любой группы в результате болезни со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 50% от страховой суммы за III группу инвалидности или 80% от страховой суммы за II группу инвалидности или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности;

е) инвалидность I группы в результате болезни или в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, II или III группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 50% от страховой суммы за III группу инвалидности или 80% от страховой суммы за II группу инвалидности или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности;

ж) инвалидность I или II группы в результате болезни или в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, III группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 50% от страховой суммы за III группу инвалидности или 80% от страховой суммы за II группу инвалидности или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности;

з) инвалидность любой группы в результате болезни или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая в размере 50% от страховой суммы за III группу инвалидности или 80% от страховой суммы за II группу инвалидности или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности;

и) инвалидность I группы в результате болезни, со страховой выплатой при наступлении страхового случая в размере 100% страховой суммы, или стойкая нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при стойкой нетрудоспособности в результате несчастного случая»;

к) инвалидность I или II группы в результате болезни, со страховой выплатой при наступлении страхового случая в размере 80% от страховой суммы за II группу или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности, или стойкая нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при стойкой нетрудоспособности в результате несчастного случая»;

л) инвалидность любой группы в результате болезни, со страховой выплатой при наступлении страхового случая в размере 50% от страховой суммы за III группу или 80% от страховой суммы за II группу или 100% от страховой суммы за I группу инвалидности, или стойкая нетрудоспособность в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при стойкой нетрудоспособности в результате несчастного случая».

м) стойкая нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни, со страховой выплатой при наступлении страхового случая в размере 100% от страховой суммы.

Договором коллективного страхования могут быть предусмотрены дополнительные условия страхования по риску стойкой нетрудоспособности / инвалидности.

При любом варианте страховые выплаты осуществляются с учетом лимитов и ограничений выжидательного периода и страховых выплат, осуществленных Страховщиком в рамках страхования на случай нетрудоспособности, действующего в форме «включенного» страхования.

Г.2. Застрахованными не могут быть лица моложе 3 или старше 75 лет.

Г.3. Страховым случаем не является стойкая нетрудоспособность / инвалидность в связи с заболеванием или несчастным случаем, если это обусловлено событиями, указанными в п. 4.3-4.4 Правил.

В рамках данного вида страхования «в результате болезни / операции Застрахованного прямо или косвенно связанной с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте 5.3. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска» означает включение одного из предшествующих состояний / заболеваний в перечень основных заболеваний, явившихся причиной направления Застрахованного для установления группы инвалидности.

Г.4. Если на дату начала срока страхования или на дату продления срока страхования Застрахованному установлена группа инвалидности, и в течение изначального или продленного срока страхования данная группа инвалидности подтверждается (устанавливается повторно) при переосвидетельствовании медико-социальной экспертизой (то есть группа инвалидности не меняется), то данное событие не признается страховым случаем. Если на дату начала срока страхования Застрахованному установлена группа инвалидности, и при переосвидетельствовании в течение изначального или продленного срока страхования данная группа инвалидности переустанавливается медико-социальной экспертизой с III на II или со II на I или с III на I, то данное событие признается страховым случаем, при этом страховая выплата рассчитывается в размере разницы между суммой, подлежащей выплате по новой установленной группе инвалидности, и суммой, на которую мог бы претендовать Застрахованный в соответствии с группой инвалидности, имевшейся у Застрахованного на дату начала срока страхования, если иное не предусмотрено Договором. Если на дату продления срока страхования Застрахованному установлена группа инвалидности, и это событие было признано страховым случаем, а в течение продленного срока страхования данная группа инвалидности переустанавливается медико-социальной экспертизой с III на II или со II на I или с III на I, то данное событие признается страховым случаем, при этом страховая выплата рассчитывается как разница между той частью страховой суммы, которая причитается согласно Правилам Страховщика за новую группу инвалидности, и той частью страховой суммы, которая уже была выплачена Страховщиком в связи с ранее установленной Застрахованному группой инвалидности, если иное не предусмотрено Договором.

Г.5. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора постоянной на весь срок страхования, но может быть изменена по соглашению сторон в соответствии с Правилами.

Г.6. Если Застрахованным является ребенок моложе 18-ти лет, а Вариантом страхования предусматриваются страховые выплаты в зависимости от группы инвалидности, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам к третьей группе инвалидности приравнивается категория «ребенок–инвалид на срок один год», ко второй группе инвалидности приравнивается категория «ребенок–инвалид на срок два года», а к первой группе инвалидности приравнивается категория «ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет».

Г.7. Если несчастный случай приводит к установлению Застрахованному новой группы инвалидности, и соответственно новой группе инвалидности Застрахованному причитаются выплаты в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик обязуется выплатить возникающую разницу, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к инвалидности Застрахованного.

Если после страховой выплаты согласно «Таблице страховых выплат при стойкой нетрудоспособности в результате несчастного случая» будет достоверно установлено, что телесные повреждения Застрахованного оказались более серьезными, чем было установлено изначально, и согласно данной таблице Застрахованному причитаются выплаты в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик обязуется выплатить возникающую разницу, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к телесным повреждениям Застрахованного.

Д . Страхование на случай смерти

Д.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон может быть предусмотрена одна из следующих форм действия страхования по риску смерти (п.4.1.д Правил):

а) смерть в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;

б) смерть в результате болезни;

в) смерть в результате болезни или несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

Д.2. Застрахованными не могут быть лица моложе 3 или старше 75 лет.

Д.3. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора постоянной на весь срок страхования, но может быть изменена по соглашению сторон в соответствии с Правилами.

Д.4. Страховая выплата равна страховой сумме, но может быть уменьшена с учетом лимитов и ограничений выжидательного периода и с учетом действия иных вариантов страхования.

Е . Страхование от несчастных случаев и болезней, связанное с получением кредита

Е.1. Страховыми рисками по Договору являются риск инвалидности (п.4.1.г Правил) I или II группы и риск смерти (п.4.1.д Правил), наступающие в результате болезни, диагностированной в период действия страхования или в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

Е.2. Страховая сумма устанавливается при заключении Договора единой по обоим рискам таким образом, что она:

а) уменьшается в течение срока страхования в соответствии с математическим законом уменьшения размера задолженности по кредиту при его погашении равными платежами либо равными долями. График страховой суммы указывается в Договоре;

либо

б) остается постоянной в течение срока страхования.

Е.3. Страховая выплата при наступлении страхового случая равна страховой сумме, но с учетом ограничений и лимитов, установленных на выжидательный период, если он предусмотрен Договором.

Е.4. Если иное не предусмотрено Договором, срок страхования устанавливается равным сроку, на который Застрахованному предоставляется кредит (заем).

Е.5. Застрахованными не могут быть лица моложе 18 или старше 75 лет.

Ж . Страхование на случай временной или стойкой нетрудоспособности в результате критического заболевания или серьезной операции

Ж.1. Страховым риском по данному Варианту страхования является временная или стойкая нетрудоспособность Застрахованного, наступившая в результате установления Застрахованному заключительного диагноза одного из заболеваний или перенесение Застрахованным одной из хирургических операций, перечисленных в «Списке критических заболеваний и серьезных операций» (Приложение № 4, № 4а к Правилам). При заключении Договора стороны могут прийти к соглашению, что страховыми рисками являются критические заболевания или серьезные операции, указанные в Приложении №4 и Приложении №4а, либо только критические заболевания или серьезные операции, указанные в Приложении №4.

Ж.2. Страховым случаем не является нетрудоспособность в связи с установлением диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, если это обусловлено событиями, указанными в п. 4.3-4.4 Правил, связано с попыткой Застрахованного совершить самоубийство (независимо от срока действия страхования), или если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех месяцев со дня вступления в силу страхования по настоящему Варианту или после даты окончания срока страхования по настоящему Варианту, или если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится врачом, не имеющим необходимой квалификации или с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов.

Ж.3. Страховым случаем не является нетрудоспособность в связи с установлением диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, если это прямо или косвенно связано с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте Ж.4. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска.

Ж.4. Если иное не установлено по соглашению сторон Договора, Застрахованными не могут быть лица моложе 18 или старше 65 лет, а также лица, которые

а) являются инвалидами I или II группы, инвалидами с детства, носителями ВИЧ, больными СПИДом;

б) больны сахарным диабетом, артериосклерозом, имеют заболевания коронарных артерий, периферических кровеносных сосудов;

в) страдают тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы (сердца и сосудов), печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы, неврологическими и психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

Ж.5. Если до заключения Договора в отношении Застрахованного, такому Застрахованному был установлен диагноз одного из заболеваний или он перенес одну из операций, или ему была рекомендована одна из операций, указанных в «Списке критических заболеваний и серьезных операций», то страхование такого Застрахованного будет распространяться только на ограниченный перечень заболеваний / состояний / операций согласно следующей таблице:

Код	Заболевание / состояние / операция	Исключение для страховых событий по данному риску
А	Рак	А, З
Б	Инфаркт миокарда	Б, В, Г, Д, Ж, З, И
В	Инсульт	Б, В, Г, Д, Ж, З, И, Л
Г	Хирургическое лечение коронарных артерий	Б, В, Г, Д, Ж, З, И
Д	Хирургическое лечение заболеваний аорты	Б, В, Г, Ж, З
Е	Пересадка клапанов сердца	Г, Д
Ж	Почечная недостаточность	Б, В, Г, Д, Ж, З
З	Трансплантация жизненно-важных органов	А, Б, Д, Ж, З, И
И	Слепота (Потеря зрения)	Б, В, Г, Д, Ж, З, И
К	Рассеянный склероз	нет исключений
Л	Паралич	В, Д, Л
М	Болезнь Альцгеймера в возрасте до 65 лет	нет исключений
Н	Заболевания двигательных нейронов	А, П
О	Доброкачественная опухоль мозга	А, Б, В, З, К
П	Терминальная стадия заболевания печени	нет исключений
Р	Обширные ожоги	Б, В, Г, Д, Ж, З, И
С	Системная красная волчанка	Ж, З, П

Ж.5. Действие настоящего Варианта страхования прекращается:

а) с даты страховой выплаты – при наступлении страхового случая по настоящему Варианту;

б) с даты реализации страхового риска, который не может быть признан страховым случаем;

в) с даты окончания срока страхования по настоящему Варианту;

г) с даты обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа.

Ж.6. Страхователь вправе выбрать одну из двух форм действия страхования на случай временной или стойкой нетрудоспособности в результате критического заболевания или серьезной операции:

а) форма «включенного» страхования;

б) форма «независимого» страхования.

Ж.7. Форма «включенного» страхования предусматривает следующее:

а) настоящий Вариант страхования является дополнительным условием страхования к Договору, предусматривающему страхование на случай смерти и(или) инвалидности (именуемое в дальнейшем – основной вариант страхования) в результате болезни или несчастного случая;

б) размер страховой суммы по настоящему Варианту страхования не может превышать страховой суммы по основному варианту страхования;

в) после страховой выплаты по настоящему Варианту размер страховой суммы по основному варианту страхования уменьшается на величину произведенной выплаты, при этом размер страховых взносов по основному варианту страхования уменьшается соответственно уменьшению обязательств Страховщика по нему.

Ж.8. Форма «независимого» страхования предусматривает следующее:

а) настоящий Вариант страхования действует независимо от страхования на случай смерти, в том числе может действовать при отсутствии иных Вариантов страхования;

б) размер страховой суммы по настоящему Варианту страхования устанавливается независимо от страховой суммы по иному Варианту страхования;

в) после страховой выплаты по настоящему Варианту страхования размеры страховой суммы и страховых взносов по иным Вариантам страхования не меняются;

г) нетрудоспособность не признается страховым случаем, если Застрахованный умирает в течение 1 месяца с даты установления соответствующего диагноза или перенесения соответствующей операции из Списка критических заболеваний и серьезных операций.

Ж.9. Форма действия страхования на случай нетрудоспособности в связи с критическим заболеванием или серьезной операцией устанавливаются по соглашению сторон Договора при его заключении или продлении страхования на новый срок.

3. Страхование от несчастных случаев и болезней, связанное с получением кредита и/или выдачей кредитных карт

3.1. Страховыми рисками являются:

а) временная нетрудоспособность, начавшаяся в течение срока страхования (п.4.1.а Правил);

б) инвалидность I или II группы, установленная в течение срока страхования (п.4.1.г Правил);

в) смерть в течение срока страхования (п.4.1.д Правил).

Страховой риск временной нетрудоспособности является застрахованным, если иное не предусмотрено Договором.

3.2. Страховые суммы по рискам смерти и инвалидности устанавливаются при заключении Договора равными размеру задолженности Застрахованного по кредитному договору на момент заключения Договора (выдачи страхового полиса, сертификата).

Стороны могут договориться о том, что страховые суммы по этим рискам будут изменяться в течение срока действия Договора в зависимости от размера задолженности заемщика по кредитному договору, определяемой для каждого отчетного (платежного) периода кредитного договора в размере задолженности заемщика на последний день предшествующего отчетного (платежного) периода. При этом, размер определяемой в соответствии с условиями настоящего абзаца страховой суммы по Договору не может превышать размера страховой суммы на момент заключения Договора.

Задолженность Застрахованного по кредитному договору определяется как сумма основного долга, процентов за пользование кредитом, штрафных санкций за просрочку исполнения обязательств по погашению кредита, а также комиссий, подлежащих уплате в соответствии с кредитным договором.

Стороны могут договориться о том, что для расчета страховых сумм по Договору может применяться задолженность Застрахованного по кредитному договору, увеличенная на установленный в Договоре процент.

3.3. Страховая сумма по риску временной нетрудоспособности устанавливается при заключении Договора равной произведению суммы платежа, подлежащего уплате Застрахованным за один отчетный (платежный) период кредитного договора, на максимальное количество отчетных (платежных) периодов кредитного договора, покрываемых страхованием по риску временной нетрудоспособности.

Если в кредитном договоре Застрахованного с Банком – кредитором значение платежа, подлежащего уплате Застрахованным за один отчетный (платежный) период кредитного договора, точно не определяется, но в кредитном договоре устанавливается минимально допустимая величина платежа по кредитному договору, то страховая сумма по риску временной нетрудоспособности определяется как произведение минимально допустимой суммы платежа по кредитному договору при максимально возможной задолженности заемщика (кредитном лимите) на максимальное количество отчетных (платежных) периодов кредитного договора, покрываемых страхованием по риску временной нетрудоспособности.

3.4. Страхователь обязан информировать Страховщика об изменении страховых сумм по Договору в порядке, установленном Договором. Банк-кредитор, выступающий в Договоре в роли Выгодоприобретателя, уполномочивается Страхователем информировать Страховщика об изменении страховых сумм в соответствующем порядке. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения указанной обязанности несет Выгодоприобретатель.

3.5. Срок действия Договора устанавливается при его заключении. Страховщик обязуется осуществлять страховые выплаты на условиях заключенного Договора с момента возникновения задолженности заемщика по кредитному договору и до момента прекращения

обязательств заемщика по возврату кредита, если иное не установлено Договором. Срок страхования устанавливается равным сроку, на который Застрахованному предоставляется кредит, или равным сроку действия кредитной карты, выдаваемой Застрахованному. Договором может быть установлен иной срок страхования.

3.6. Страховая премия уплачивается либо единовременно (п. 6.2.а Правил), либо в рассрочку (п. 6.2.б Правил) отдельно за каждый отчетный (платежный) период кредитного договора, причем в последнем случае стороны Договора могут прийти к соглашению о том, что величина каждого страхового взноса будет определяться исходя из страховой суммы, установленной для отчетного (платежного) периода кредитного договора, за соответствующий которому период действия Договора уплачивается страховой взнос, и страхового тарифа, установленного в Договоре при его заключении.

3.7. Страховая выплата при наступлении страхового случая по рискам смерти или инвалидности Застрахованного равна страховой сумме по этим рискам.

3.8. Размер страховой выплаты по риску временной нетрудоспособности определяется в отношении каждого отчетного (платежного) периода кредитного договора, в течение которого Застрахованный был нетрудоспособен, по формуле:

сумма платежа по кредитному договору за отчетный (платежный) период, деленная на количество дней в отчетном (платежном) периоде, и умноженная на количество дней нетрудоспособности Застрахованного в этом отчетном (платежном) периоде.

Если сумма платежа по кредитному договору является величиной переменной, то для расчета размера страховой выплаты применяется сумма платежа по кредитному договору за отчетный (платежный) период, предшествующий периоду, в котором наступила временная нетрудоспособность Застрахованного.

Страховщик вправе при заключении Договора установить условную или безусловную (вычитаемую) франшизу в размере определенного количества первых дней временной нетрудоспособности, не включаемых в расчет страховой выплаты.

3.9. Страхователь (Выгодоприобретатель) в дополнение к документам, указанным в пункте 8.2. Правил, должен представить Страховщику справку о задолженности по кредитному договору и документы, подтверждающие размер страховой выплаты, подлежащей уплате Выгодоприобретателю в соответствии с Договором, в том числе, копии кредитного договора, приложений и дополнений к нему, платежных документов.

3.10. Возраст Застрахованного не может быть меньше 18 лет на дату начала срока страхования и больше 65 лет на дату его окончания.

И. Страхование от несчастных случаев учащихся образовательных учреждений

И.1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок предусматривается страхование по рискам, указанным в подп. 4.1 а) – 4.1 д) Правил, реализующимся в течение срока страхования исключительно в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования. С учетом возраста Застрахованных, риск, указанный в п.4.1.а) Правил, именуется для целей настоящего Варианта как риск временной утраты здоровья, а риск, указанный в п. 4.1.г) Правил – как риск стойкой утраты здоровья.

И.2. Страховые выплаты по каждому риску определяются в соответствии с «Таблицей страховых выплат для учащихся образовательных учреждений» (далее именуемой – «Таблица»), при этом выплаты по страховым случаям, связанным с реализацией риска временной утраты здоровья, установлены в Секциях 3 и 4 Таблицы, с реализацией риска госпитализации – в Секции 6 Таблицы, с реализацией риска хирургической операции – в Секции 7 Таблицы, с реализацией риска стойкой утраты здоровья – в Секциях 1 и 2 Таблицы, с реализацией риска смерти – в Секции 5 Таблицы.

И.3. При заключении Договора Страхователь вправе установить один из пяти вариантов Таблицы, являющихся Приложениями 5А, 5Б, 5В, 5Г и 5Д к Правилам и их неотъемлемой частью. Страховые суммы, время действия и страховые премии устанавливаются в Договоре в соответствии с выбранным вариантом Таблицы.

Изменение варианта Таблицы после заключения Договора не допускается.

И.4. Страховая премия уплачивается единовременно за весь срок страхования, если иное не установлено по соглашению сторон. При досрочном прекращении Договора страховая премия возврату не подлежит.

И.5. По настоящему Варианту страхования не может быть застраховано лицо моложе 3 лет и старше 18 лет (а для студентов очной формы обучения – старше 23 лет), а также:

- лицо, на момент заключения Договора являющееся инвалидом I или II группы или ребенком-инвалидом;

- лицо, на момент заключения Договора являющееся носителем ВИЧ или больное СПИДом,
- лицо, на момент заключения Договора страдающее психическим заболеванием или расстройством,
- лицо, на момент заключения Договора состоящее на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере,

В случае если будет обнаружено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных выше обстоятельствах в отношении Застрахованного, то договор страхования в отношении такого Застрахованного может быть признан недействительным по требованию одной из сторон договора страхования.

И.6. Страховыми случаями не признаются страховые риски, если их реализация обусловлена событиями, указанными в п. 4.3-4.4 Правил, а также, если их реализация прямо или косвенно связана с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте И.5. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска.

И.6. Для целей расчета страховых выплат по риску госпитализации:

а) учитывается каждый полный день пребывания Застрахованного в стационаре (день поступления и день выписки считаются за один полный день), при этом продолжительность периода госпитализации должна составить более 3 (трех) суток непрерывно (в случае, когда период госпитализации не превышает 3 (трех) суток, риск госпитализации не признается реализовавшимся и страховая выплата по нему не производится).

б) страховые выплаты производятся Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но в сумме не более 100% страховой суммы, установленной по данному риску, по всем случаям госпитализации, связанным с наступлением одного и того же несчастного случая.

И.7. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией соответствующего страхового риска Выгодоприобретатель представляет следующие документы:

а) по всем рискам:

- письменное заявление со ссылкой на номер Договора (полиса), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты;
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;
- оригинал документа, удостоверяющего право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты;
- копия договора страхования / полиса / страхового сертификата;

б) в случае реализации рисков госпитализации или хирургической операции или временной или стойкой утраты здоровья без установления группы инвалидности:

- оригинал выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или медицинская справка, выданные соответствующим медицинским учреждением, с окончательным диагнозом, описанием проведенного лечения, включая протокол операции, и продолжительностью лечения;

в) в случае реализации риска стойкой утраты здоровья с установлением группы инвалидности:

- копия свидетельства (справки), выданной уполномоченным учреждением, об установлении Застрахованному группы инвалидности, заверенную выдавшим учреждением или нотариально;
- документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, с указанием диагноза и даты диагностирования заболевания, приведшего к установлению группы инвалидности и позволяющий сделать заключение о причинах стойкой нетрудоспособности (инвалидности): оригинал выписки из амбулаторной карты / истории болезни, копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная выдавшим медицинским учреждением или учреждением, выдавшим свидетельство (справку) об установлении Застрахованному группы инвалидности;

г) в случае реализации риска смерти:

- нотариально заверенная копия Свидетельства о смерти;
- оригинал справки о смерти с указанием причины смерти или другой устанавливающей причину смерти документ или его заверенную выдавшим органом копию;
- нотариально заверенная копия свидетельства о рождении Застрахованного.

И.8. По требованию Страховщика заявитель предоставляет дополнительно:

- а) копию истории болезни Застрахованного и / или копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим учреждением;
- б) в зависимости от происшествия:
 - оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (органа внутренних дел, органа юстиции и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;
 - при дорожно-транспортном происшествии (далее по тексту – ДТП), т.е. в случае столкновения транспортных средств, наезда на препятствие, наезда на пешехода:
 - в случае расследования ДТП на месте - справку установленной формы о факте ДТП и его участниках, постановление об административном правонарушении;
 - в случае расследования ДТП в группе разбора соответствующего подразделения уполномоченного органа – справку установленной формы о водителях и транспортных средствах, участвовавших в ДТП;
 - копию постановления о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела;
 - если Застрахованный находился в машине в качестве пассажира, этот факт необходимо отразить в заявлении;
 - при пожаре необходимо предоставить акт о пожаре, заверенный уполномоченным государственным органом, копию постановления о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела;
 - если в отношении Застрахованного были совершены противоправные действия, из соответствующего территориально-административного подразделения уполномоченного государственного органа необходимо предоставить копию постановления о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела или справку об обращении в правоохранительные органы; если Застрахованный в правоохранительные органы не обращался, это необходимо отразить в заявлении.

И.9. Если согласно установленному в Договоре варианту Таблицы территория и/или время действия страхования ограничены, то, помимо документов, указанных в п.п.И.7. - И.8., при заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией соответствующего страхового риска необходимо предоставить справку из образовательного учреждения, где учится застрахованный, подтверждающую реализацию страхового риска во время нахождения застрахованного на соответствующей территории либо во время пребывания на мероприятии, организованном данным образовательным учреждением.

И.10. Сумма страховых выплат по всем страховым случаям с Застрахованным по настоящему Варианту страхования не может превышать страховой суммы, установленной в Секции 1 Таблицы.

И.11. Срок страхования устанавливается в Договоре и соответствует учебному году, официально принятому в вышеуказанном образовательном учреждении, включая время выпускных и промежуточных экзаменов, при этом дата начала страхования не может быть ранее даты, следующей за датой оплаты страховой премии.

И.12. Страховщик вправе вводить повышающие коэффициенты к страховой премии в размере от 1,1 до 20 в зависимости от специализации образовательного учреждения (в том числе - на видах спорта, видах культурно-эстетического воспитания учащихся, состояния их здоровья и т.п.), с учетом степени страхового риска.

К. Страхование на случай лечения за рубежом серьезного заболевания или проведения за рубежом сложной операции

К.1. Страховым риском по данному Варианту страхования является временная или стойкая нетрудоспособность (нарушение здоровья) Застрахованного, наступившая в результате диагностирования Застрахованному в течение срока страхования такого заболевания или назначения Застрахованному в течение срока страхования проведения такой хирургической операции, которая предусмотрена «Списком критических заболеваний / операций, подлежащих лечению / проведению за рубежом» (в соответствии с Приложением № 6 к Правилам), и лечение которого (заболевания) либо и проведение которой (операции) является необходимым с медицинской точки зрения. Для целей настоящего Варианта

страхования необходимыми с медицинской точки зрения являются медицинские услуги и средства оказания медицинской помощи, которые:

- а) соответствуют базовым медико-санитарным потребностям Застрахованного, и
- б) оказываются наиболее приемлемым с медицинской точки зрения образом и в условиях, подходящих для оказания таких медицинских услуг, с учетом стоимости и качества обслуживания, и
- в) по типу, частоте и продолжительности лечебных мероприятий соответствуют научно обоснованным нормативам и руководящим документам медицинских организаций, исследовательских организаций или организаций здравоохранения или государственных учреждений, и
- г) соответствуют установленному диагнозу состояния или заболевания, и
- д) требуются по причинам иным, нежели личная выгода Застрахованного или его лечащего врача, и
- е) в соответствии с преобладающими мнениями, изложенными в медицинской литературе, являются:
 - безопасными и эффективными для лечения или диагностирования состояния или заболевания, в отношении которых предложено их оказание / использование, или
 - безопасными с точки зрения перспективной эффективности в случае лечения угрожающего жизни состояния или заболевания в клинико-экспериментальных условиях.

Страховщик имеет право установить в Договоре перечень и определения серьезных заболеваний и операций, в отношении которых осуществляется страхование.

Для целей настоящего Варианта страхования определение термина «Страховой случай» читать так:

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором. Все события, произошедшие вследствие одной и той же причины, будут считаться одним Страховым случаем.

К.2. Если иное не установлено по соглашению сторон Договора, на страхование по настоящему Варианту не принимаются лица моложе 18 лет и старше 64 лет, а также лица:

- страдающие онкологическими заболеваниями (рак или злокачественное новообразование любого типа), включая болезнь Ходжкина;
- у которых имеются любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;
- с диагнозом лейкемии или любого заболевания крови, требующего лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная проницаемость сосудов и т.д.);
- у которых имеются неинвазивные опухоли (рак *in situ*), или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
- страдающие любой формой заболевания сердца (например, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки), клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм;
- перенесшие любую форму инсульта или кровоизлияния в мозг;
- страдающие любой формой диабета;

Перечисленные в настоящем пункте медицинские условия принятия Застрахованных на страхование распространяются также на 10-летний период, предшествующий дате начала страхования по настоящему Варианту.

Договором страхования может быть предусмотрено страхование вышеуказанных лиц по соглашению Сторон при обязательном условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора.

К.3. Случай признается страховым при условии, что Страховщиком получены:

- письменное заявление Выгодоприобретателя (Застрахованного или его законного представителя) со ссылкой на номер Договора, с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска;
- копии документов, удостоверяющих личности заявителя и Застрахованного;
- оригинал выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или

медицинская справка, выданные соответствующим медицинским учреждением, с окончательным диагнозом и описанием проведенного лечения (если таковое было);

- копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
- заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза;
- копия договора страхования.

Страховщик также оставляет за собой право требовать дополнительные медицинские документы для уточнения медицинских деталей. При необходимости, Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных медицинских документов и / или заключения медицинского учреждения (эксперта).

В целях объективного рассмотрения заявления о страховом случае Выгодоприобретатель обязан предоставить письменное согласие на передачу Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованный проходил лечение или диагностику. Непредоставление такого письменного согласия будет рассматриваться Страховщиком как явный отказ от предоставления сведений, необходимых для принятия решения о признании события страховым, и, как следствие, отказ от права Застрахованного на получение страховых выплат по данному случаю.

К.4. Страховыми случаями не признаются страховые риски:

а) реализующиеся в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным;

б) реализующиеся в результате событий, указанных в п. 4.3. - 4.4. Правил, а также, если их реализация прямо или косвенно связана с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте К.2. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска;

в) если заболевание диагностировано (в том числе если это следует из медицинских документов) или его лечение проводилось у Застрахованного когда-либо в течение периода 10 лет, предшествующих дню вступления в силу страхования, или после даты окончания срока страхования Застрахованного;

г) если заболевание диагностировано или его лечение проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации;

д) если заболевание диагностировано (в том числе если это следует из медицинских документов) или его лечение проводилось в течение первых 90 (девяноста) календарных дней со дня вступления в силу страхования по настоящему Варианту в отношении лица, впервые включенного Страхователем в список Застрахованных;

е) установленный диагноз или предписанная операция соответствуют их определениям, предусмотренным Правилами, но не могут быть проведены с медицинской точки зрения, например, соответствующее лечение или операция не могут быть проведены по медицинским показаниям, связанным с состоянием Застрахованного или особенностями течения заболевания, такими как терминальная стадия рака, рак со сложной неоперабельной локализацией, или любые другие виды лечения / операции, которые могут нанести еще больший вред здоровью Застрахованного, либо успешный результат которых крайне маловероятен, – если иное не установлено Договором;

ж) в других случаях, предусмотренных Правилами.

К.5. Страхователь при заключении Договора по соглашению со Страховщиком устанавливает независимую зарубежную экспертную медицинскую организацию (далее – ЗЭМО), которая будет подтверждать или уточнять диагноз критического заболевания или серьезной операции, оценивать возможность его лечения/ее проведения, предлагать предпочтительный метод лечения/операции, и в случае признания лечения/проведения операции необходимым с медицинской точки зрения - организовывать за рубежом соответствующее лечение Застрахованного или проведение ему соответствующей операции. Заключение ЗЭМО будет окончательным для целей Договора и будет исключать возможность какой-либо альтернативной экспертизы в дальнейшем.

К.6. В случае положительного заключения ЗЭМО о том, что установленный Застрахованному диагноз или рекомендуемая ему операция соответствуют определениям, предусмотренным Правилами, и о том, что соответствующее лечение или операция является необходимой с медицинской точки зрения (возможна с учетом индивидуальных медицинских особенностей без риска нанести еще большего вреда жизни Застрахованного),

а также в случае признания Страховщика случая страховым согласно данным Правилам и условиям Договора, ЗЭМО предлагает Застрахованному на выбор не менее трех зарубежных лечебных учреждений, подтвердивших готовность принять Застрахованного для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующей операции. Также Застрахованному передается план лечения (составляется ЗЭМО и утверждается Страховщиком) с описанием предлагаемых медицинских услуг, подробная информация о предлагаемых лечебных учреждениях, включая рейтинги, квалификации врачей, а по требованию Застрахованного – подтверждение наличия у данных лечебных учреждений необходимых лицензий.

К.7. Получив заключение предусмотренной Договором ЗЭМО о признании случая страховым, Застрахованный имеет право в течение трех месяцев с даты направления ему данного заключения выбрать одно из предложенных ему лечебных учреждений для лечения установленного диагноза / проведения рекомендованной операции, либо отказаться от лечения / проведения операции или предложенных ему лечебных учреждений.

К.8. При согласии Застрахованного на предложенное ему ЗЭМО лечение / проведение операции за рубежом он обязан дать письменное распоряжение Страховщику направлять суммы страховых выплат, причитающихся ему согласно п. К.12 Правил, непосредственно на оплату услуг ЗЭМО, зарубежных медицинских учреждений, экспертов, врачей и поставщиков лекарственных препаратов, согласно принятому плану лечения.

К.9. Договором при его заключении может предусматриваться единовременная страховая выплата Застрахованному в случае, если установленный диагноз или предписанная операция соответствуют их определениям, предусмотренным Правилами, но Застрахованный (согласно рекомендациям российского лечащего врача) не подлежит транспортировке, либо не подлежит лечению (согласно отчету ЗЭМО) в связи со стадией заболевания или его специфической локализацией, или по сопутствующим индивидуальным медицинским показаниям Застрахованного; или в случае, если соответствующее лечение или операция не могут быть проведены в связи с отказом Застрахованному в визе иностранным посольством или консульством, или в случае, если Застрахованный по каким-либо причинам не сможет, или не захочет выехать за рубеж, или не согласится выбрать одно из предложенных ему ЗЭМО лечебных учреждений, а также в случае, если Застрахованный согласится выбрать одно из предложенных ему лечебных учреждений, но не доживает до пересечения границы РФ.

Получение Застрахованным единовременной страховой выплаты согласно данному пункту не ограничивает его права на получение услуг со стороны ЗЭМО в соответствии с условиями настоящего Варианта страхования.

К.10. При неполучении Страховщиком соответствующего письменного заявления-согласия Застрахованного в течение трех месяцев с даты направления ему заключения и предложений от ЗЭМО, предусмотренных Договором, Договор не прекращается, но заключение ЗЭМО признается утратившим силу, и воспользоваться предложениями ЗЭМО по организации лечения Застрахованный не имеет права.

Новое предложение от ЗЭМО может быть направлено Застрахованному только после получения от него Страховщиком соответствующего письменного заявления, а также после предоставления Застрахованным последних результатов анализов и тестов, заключений экспертов и т.п. - на усмотрение ЗЭМО, с учетом особенностей первоначально подтвержденного диагноза, стадии заболевания и особенностей предполагаемого лечения. При этом ЗЭМО вправе предложить иной план лечения и иной набор лечебных учреждений.

К.11. Обязанности Страховщика по Договору, заключенному на условиях настоящего Варианта страхования, включают в себя:

а) предоставление Застрахованному контактного телефона ЗЭМО для получения консультаций по событию, обладающему признаками страхового случая, а также по порядку предоставления документов, подтверждающих заявление Застрахованного о событии, обладающем признаками страхового случая;

б) рассмотрение представленных Застрахованным медицинских документов, результатов анализов и заключений врачей-специалистов, подтверждающих, по мнению Выгодоприобретателя, наступление события, обладающего признаками страхового случая;

в) перевод представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);

г) проведение экспертизы представленных Застрахованным документов в специализированных медицинских учреждениях за рубежом, при необходимости – уточнение диагноза и методов лечения;

д) направление в адрес Застрахованного заключения ЗЭМО о диагнозе, уточненном по ходу экспертизы, рекомендации по дальнейшему лечению Застрахованного в зарубежных медицинских учреждениях;

ж) при письменном согласии Застрахованного на предложенное ему лечение / проведение операции за рубежом – содействие ЗЭМО в части:

- организации визовой поддержки для Застрахованного и, при необходимости, для одного сопровождающего лица; при этом ни ЗЭМО, ни Страховщик не гарантируют предоставление Застрахованному зарубежной визы;
- согласования сроков лечения Застрахованного / даты проведения операции и послеоперационного периода;
- организации авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица, живого донора (при необходимости) до места лечения и обратно;
- размещения Застрахованного, сопровождающего его лица, живого донора (при необходимости) в стране пребывания: госпитализация, или проживание (исключая питание) на прилегающей к лечебному учреждению территории;
- оказания других услуг, связанных с лечением Застрахованного / направлением его на операцию, в соответствии с Правилами и Договором.

К.12. При согласии Застрахованного на предложенное ему в соответствии с Договором лечение / проведение операции за рубежом Страховщик производит оплату этого лечения или этой операции в счет страховой выплаты.

Страховая выплата по Договору рассчитывается как сумма:

а) стоимости визовой поддержки, транспортировки, госпитализации или временного проживания Застрахованного и одного сопровождающего лица на прилегающей к лечебному учреждению территории (за исключением питания), включая стоимость возможной репатриации;

б) стоимости непосредственно лечения, медицинских манипуляций и препаратов, согласно плану лечения, разработанному ЗЭМО.

К.13. Общая сумма страховых выплат не должна превышать страховой суммы, установленной Договором в отношении Застрахованного лица по данному Варианту страхования на момент диагностирования Застрахованному соответствующего серьезного заболевания или рекомендации ему проведения соответствующей операции.

Договором также устанавливаются конкретные страховые суммы и лимиты по различным категориям расходов, которые могут покрываться данным страхованием.

К.14. Действие настоящего Варианта страхования прекращается в отношении Застрахованного:

а) с момента, когда общая сумма страховых выплат, произведенных в связи со страховым случаем с Застрахованным, достигнет величины страховой суммы, которая была установлена для него по настоящему Варианту страхования;

б) со дня реализации страхового риска, который не может быть признан страховым случаем по основаниям, предусмотренным пунктом К.4 Правил;

в) со дня окончания срока страхования по настоящему Варианту, согласно Договору, если Стороны не договорятся о его продлении на новый срок;

г) с даты обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа.

Если на дату окончания срока страхования Застрахованный находится на лечении за пределами территории РФ согласно плану лечения, согласованному с ЗЭМО, или если до даты окончания срока страхования ЗЭМО подтвердила признание случая страховым, но на дату окончания срока страхования Застрахованный еще не начал получать лечение в рамках предложенного ЗЭМО плана, или если заявление о событии, обладающем признаками страхового случая, получено Страховщиком до окончания срока страхования, а ЗЭМО подтверждает признание этого события страховым случаем после окончания срока страхования, то Страховщик исполняет обязанности по урегулированию соответствующего страхового случая Договору в течение 6 месяцев со дня окончания срока страхования.

К.15. Если застрахованный не достиг совершеннолетия, то действовать от его имени по Договору может любой из родителей или иной законный представитель.

К.16. Настоящий Вариант страхования действует независимо от иных Вариантов страхования, в том числе может действовать при отсутствии иных Вариантов страхования.

Размер страховой суммы по настоящему Варианту страхования устанавливается независимо от страховой суммы по иному Варианту страхования.

После страховой выплаты по настоящему Варианту страхования размеры страховых сумм и страховых взносов по иным Вариантам страхования не меняются.