

**ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
"СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО ГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ"**

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Правления
ОАО "СОГАЗ"

_____ С.С. Иванов

"15" мая 2015 г.

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

29 апреля 2005 г.

с изменениями и дополнениями, утвержденными
Приказом Генерального директора ОАО "СОГАЗ" от 31.03.2006 г. № 166,
Приказами Председателя Правления ОАО "СОГАЗ" от 26.12.2007 г. № 470,
от 25.06.2008 г. № 274, от 10.08.2009 г. № 299, от 05.11.2009 г. № 436,
от 15.12.2010 г. № 543, от 03.08.2011 г. № 415, от 06.08.2013 г. № 497 (изменение
Дополнительных условий № 5), от 14.10.2013 № 656, от 01.07.2014 № 489,
от 30.04.2015 № 353, от 15.05.2015 № 375

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые случаи
4. Страховая сумма
5. Страховая премия
6. Договор страхования и срок его действия
7. Заключение договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Действия сторон при наступлении события,
имеющего признаки страхового случая
10. Страховые выплаты
11. Досрочное прекращение договора страхования
12. Разрешение споров

Дополнительные условия № 1 по страхованию авиационного персонала от несчастных случаев и болезней

Дополнительные условия № 2 по страхованию на случай постоянной утраты трудоспособности

Дополнительные условия № 3 по страхованию на случай профессиональных заболеваний

Дополнительные условия № 4 по страхованию на случай временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая

Дополнительные условия № 5 по коллективному страхованию от несчастных случаев в связи с исполнением трудовых обязанностей

Особые условия коллективного страхования от несчастных случаев и болезней

Особые условия № 2 коллективного страхования от несчастных случаев и болезней

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Открытое акционерное общество "Страховое общество газовой промышленности" (ОАО "СОГАЗ"), именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи, договоры страхования физических лиц, именуемых далее Застрахованные лица, от несчастных случаев и болезней.

1.2. Страхователь – физическое лицо вправе застраховать себя (в этом случае он сам является Застрахованным лицом) и/или других физических лиц.

Страхователь – юридическое лицо заключает договоры страхования физических лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. По настоящим Правилам принимаются на страхование физические лица, возраст которых на дату заключения договора составляет 1 год и более.

1.3.1. Возраст Застрахованного лица принимается равным числу полных лет.

1.4. По настоящим Правилам не принимаются на страхование по рискам, указанным в п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил, лица, являющиеся инвалидами I, II группы, дети-инвалиды, инвалиды с детства.

1.5. Право на получение страховой выплаты принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор.

1.5.1. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не указано иное лицо (Выгодоприобретатель) для получения страховых выплат.

1.5.2. Выгодоприобретатель назначается с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае его смерти – по иску его наследников.

1.5.3. Если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями признаются его наследники.

1.5.4. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с письменного согласия Застрахованного лица.

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

1.5.5. В случае, если Застрахованное лицо – несовершеннолетний или недееспособное лицо, назначение Выгодоприобретателя осуществляется Страхователем по согласованию с законным представителем Застрахованного лица.

1.6. Страховые выплаты, предусмотренные договором страхования, производятся независимо от сумм, причитающихся по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания или смертью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания.

2.2. Под несчастным случаем понимается фактически происшедшее с Застрахованным лицом в течение срока действия договора страхования и в период страхового покрытия (п. 3.4 настоящих Правил) внезапное, непредвиденное событие, повлекшее за собой последствия, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.2.1 – 3.2.4, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.12, 3.2.15 настоящих Правил).

Несчастные случаи, произошедшие в результате террористического акта, считаются включенными в договор страхования, если его условиями не предусмотрено иное.

К несчастным случаям по настоящим Правилам относятся:

2.2.1. Травмы, под которыми понимаются:

а) телесные повреждения в результате взрыва, ожог, обморожение, переохлаждение организма (за исключением простудного заболевания), утопление, поражение электрическим током, удар молнии, солнечный удар;

б) ранение, перелом (за исключением патологического перелома, если договором страхования не предусмотрено иное), вывих сустава (за исключением привычного вывиха, если договором страхования не предусмотрено иное), травматическая потеря зубов, инородное тело глаза, повреждения мышцы, разрыв связки, сухожилия, повреждения внутренних органов, мягких тканей, сдавления;

в) сотрясение мозга (кроме случаев, указанных в п. 3.11.1 настоящих Правил);

г) ушиб мозга;

д) асфиксия, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;

е) телесные повреждения в результате нападения животных, в том числе змей, а также укусы насекомых, которые привели к возникновению анафилактического шока;

2.2.2. Отравления, под которыми понимаются:

а) случайное острое отравление ядовитыми растениями; химическими веществами, за исключением пищевой токсикоинфекции (ботулизма, сальмонеллеза, дизентерии, шигеллеза, клебсиеллеза, иерсиниоза и других заболеваний в соответствии с кодом А05 по МКБ-10);

б) случайное острое отравление лекарственными препаратами. При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 11 лет (включительно) к несчастному случаю относится только случайное острое отравление лекарственными препаратами, прописанными по назначению лечащего врача; для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 11 лет – любые случаи отравления лекарственными препаратами.

2.2.3 Пищевая токсикоинфекция (ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиелез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом А05 по МКБ-10).

Указанные в п. 2.2.3 настоящих Правил события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в договоре страхования.

2.2.4. Причинение вреда жизни и здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций.

К неправильным медицинским манипуляциям относятся манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные компетентными органами отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, приведшие к событиям, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п.п. 3.2.1 – 3.2.4, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.12, 3.2.15 настоящих Правил).

Указанные в п. 2.2.4 настоящих Правил события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в договоре страхования.

2.3. Под заболеванием по настоящим Правилам понимается диагностированное в течение срока действия договора страхования заболевание Застрахованного лица, предусмотренное договором страхования, повлекшее за собой последствия, на случай наступления которых осуществлялось страхование (из числа указанных в п.п. 3.2.5 – 3.2.8, 3.2.9, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил).

В договор страхования могут быть включены:

- 2.3.1. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 1 (Приложение 10 к настоящим Правилам);
- 2.3.2. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 2 (Приложение 11 к настоящим Правилам);
- 2.3.3. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 3 (Приложение 12 к настоящим Правилам);
- 2.3.4. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 4 (Приложение 13 к настоящим Правилам);
- 2.3.5. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 5 (Приложение 14 к настоящим Правилам);
- 2.3.6. любые заболевания, кроме исключенных настоящими Правилами и договором страхования. В договоре страхования (страховом полисе) данные заболевания могут сокращенно именоваться "естественные причины";
- 2.3.7. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 6 (Приложение 15 к настоящим Правилам);
- 2.3.8. заболевания, указанные в Таблице заболеваний № 7 (Приложение 16 к настоящим Правилам);
- 2.3.9. заболевания и состояния, указанные в Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение 17 к настоящим Правилам);
- 2.3.10. заболевания и состояния, указанные в Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение 18 к настоящим Правилам);
- 2.4. Страхование по Таблицам заболеваний № 1, 5 Таблицам заболеваний и травм № 8, 9 производится по совокупности всех заболеваний, указанных в соответствующей Таблице. При страховании по Таблицам заболеваний № 2, 3, 4, 6, 7 при заключении договора страхования производится выбор заболеваний из числа указанных в Таблице.
- 2.5. Перечень заболеваний для страховых случаев по п. 3.2.5 настоящих Правил определяется в договоре страхования из числа указанных в п.п. 2.3.1 – 2.3.7 настоящих Правил.
- 2.6. Перечень заболеваний для страховых случаев по п.п. 3.2.6 – 3.2.8 настоящих Правил определяется в договоре страхования из числа указанных в п.п. 2.3.1 – 2.3.6 настоящих Правил.
- 2.7. Для страхового случая по п. 3.2.9 настоящих Правил страхование производится по п. 2.3.6 настоящих Правил, исключая профессиональные заболевания.
- 2.8. Для страховых случаев, указанных в п.п. 3.2.11, 3.2.13 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.6 настоящих Правил.
- 2.9. Для страхового случая, указанного в п. 3.2.14 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.8 настоящих Правил.
- 2.10. Для страхового случая, указанного в п. 3.2.15 настоящих Правил, страхование производится по п. 2.3.9 или п. 2.3.10 настоящих Правил.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого заключается договор страхования.

Страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п. 3.2 настоящих Правил, явившееся следствием несчастного случая или заболевания, произошедших в период действия договора страхования и в указанный в договоре страхования период страхового покрытия (п. 3.4 настоящих Правил), подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с настоящими Правилами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести

страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п.п. 3.6 – 3.13 настоящих Правил).

3.2. По настоящим Правилам договором страхования могут предусматриваться страховые выплаты при наступлении страховых случаев по следующим рискам:

3.2.1. **"Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая"** (подпункт "а") / **"Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая"** (подпункт "б"):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная несчастным случаем и наступившая в течение 1 месяца со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года).

Фактом временной утраты трудоспособности признается:

– нетрудоспособность определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил);

– нетрудоспособность любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное несчастным случаем и наступившее в течение 1 месяца со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года);

Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или лечение любой продолжительности и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил) и указанный в соответствующей Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем.

3.2.2. **"Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая"**:

а) Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) страховым случаем является постоянная утрата трудоспособности, под которой понимается установление инвалидности I, II или III группы, обусловленное несчастным случаем и произошедшее в течение 1 года со дня данного несчастного случая;

б) Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 18 лет страховым случаем является установление инвалидности, обусловленное несчастным случаем и произошедшее в течение 1 года со дня данного несчастного случая. При этом под установлением инвалидности понимается установление категории "ребенок-инвалид", либо, если несчастный случай произошел с Застрахованным лицом в возрасте до 18 лет, но на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 лет, – установление любой группы инвалидности.

3.2.3. **"Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая"** – невозможность занятия своей привычной трудовой деятельностью, которой Застрахованное лицо занималось до наступления несчастного случая, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой оно может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, обусловленная несчастным случаем и установленная в течение 1 года со дня данного несчастного случая;

3.2.4. **"Смерть в результате несчастного случая"** – смерть Застрахованного лица, обусловленная несчастным случаем, и произошедшая в течение 1 года со дня данного несчастного случая;

3.2.5. **"Временная утрата трудоспособности в результате заболевания"** (подпункт "а") / **"Временное расстройство здоровья в результате заболевания"** (подпункт "б"):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшая в течение срока действия договора страхования временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования;

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или нетрудоспособность любой продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний, (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является произошедшее в течение срока действия договора страхования временное расстройство здоровья Застрахованного лица, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования.

Фактом временного расстройства здоровья по данному риску признается лечение определенной продолжительности и установление диагноза заболевания (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил) или лечение любой продолжительности и установление диагноза заболевания, указанного в соответствующей Таблице заболеваний (если при заключении договора страхования выбран вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.2 настоящих Правил).

3.2.6. **"Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате заболевания"**:

а) Для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) страховым случаем является постоянная утрата трудоспособности, под которой понимается установление инвалидности I, II или III группы, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания;

б) Для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 18 лет страховым случаем является установление инвалидности, обусловленное заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшее в течение 1 года с даты диагностирования данного заболевания. При этом под установлением инвалидности понимается установление категории "ребенок-инвалид", либо, если заболевание произошло с Застрахованным лицом в возрасте до 18 лет, но на дату установления инвалидности Застрахованное лицо достигло 18 лет, – установление любой группы инвалидности.

Страхование на случай "Постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) в результате заболевания", выразившейся в установлении инвалидности III группы, осуществляется, только если это особо указано в договоре страхования.

3.2.7. **"Утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания"** – невозможность занятия своей привычной трудовой деятельностью, которой Застрахованное лицо занималось до наступления заболевания, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой оно может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и установленная в течение 1 года с даты установления данного диагноза;

3.2.8. **"Смерть в результате заболевания"** – смерть Застрахованного лица, обусловленная заболеванием, предусмотренным условиями договора страхования, и произошедшая в течение срока действия договора страхования.

3.2.9. **"Временная нетрудоспособность в результате заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)"** – временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в течение срока действия договора страхования в результате заболевания, за исключением профессионального, или несчастного случая по п. 2.2.1 настоящих Правил, произошедшего в быту, со страховой выплатой только за первые два дня нетрудоспособности согласно п. 10.3.4 настоящих Правил.

3.2.10. **"Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства "** (подпункт "а") / **"Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая, приведшего к необходимости оперативного вмешательства "** (подпункт "б"):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая, наступившая в течение 1 месяца со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года), приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому).

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая, наступившее в течение 1 месяца со дня данного несчастного случая (если договором страхования не предусмотрен иной срок, но в любом случае, не более 1 года), приведшего к необходимости проведения оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому).

Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности, обусловленное пребыванием в стационаре, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

3.2.11. **"Временная утрата трудоспособности в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства (подпункт "а") / "Временное расстройство здоровья в результате заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства "** (подпункт "б"):

а) Для работающих Застрахованных лиц страховым случаем является временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате заболевания, предусмотренного условиями договора страхования, диагностированного в течение срока действия договора страхования и приведшего к необходимости оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому), наступившая в течение срока действия договора страхования.

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение срока действия договора страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни

временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания срока действия договора страхования.

б) Для неработающих Застрахованных лиц страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате заболевания, предусмотренного условиями договора страхования, диагностированного в течение срока действия договора страхования и приведшего к необходимости оперативного вмешательства в стационарных условиях (за исключением дневного стационара и стационара на дому), наступившее в течение срока действия договора страхования.

Фактом временного расстройства здоровья признается лечение определенной продолжительности, обусловленное пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

Если период временного расстройства здоровья, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение срока действия договора страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временного расстройства здоровья, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания срока действия договора страхования.

3.2.12. "Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая, приведшего к необходимости экстренной госпитализации".

Страховым случаем является временная утрата трудоспособности, наступившая в течение срока действия договора страхования в результате несчастного случая, приведшего к необходимости экстренной госпитализации с целью проведения неотложного оперативного вмешательства и/или оказания медицинской помощи в отделении реанимации и/или интенсивной терапии.

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установленный диагноз, подтверждающий последствия несчастного случая (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение срока действия договора страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания срока действия договора страхования.

3.2.13. "Временная утрата трудоспособности в результате заболевания, приведшего к необходимости экстренной госпитализации".

Страховым случаем является временная утрата трудоспособности, наступившая в течение срока действия договора страхования в результате заболевания, приведшего к необходимости экстренной госпитализации с целью проведения неотложного оперативного вмешательства и/или оказания медицинской помощи в отделении реанимации и/или интенсивной терапии.

Фактом временной утраты трудоспособности признается нетрудоспособность определенной продолжительности, обусловленная пребыванием в стационаре, и установление диагноза заболевания (вариант страховой выплаты согласно п. 7.9.1 настоящих Правил).

Если период временной утраты трудоспособности, приходящийся на время пребывания Застрахованного лица в стационаре, начался в течение срока действия договора страхования и продолжается после его окончания, страховая выплата производится также за дни временной утраты трудоспособности, приходящиеся на время пребывания Застрахованного

лица в стационаре в первые 30 дней после даты окончания срока действия договора страхования.

3.2.14. "Впервые диагностированное заболевание".

Страховым случаем является заболевание Застрахованного лица, предусмотренное договором страхования, впервые диагностированное в течение срока действия договора страхования, при условии документального подтверждения установленного диагноза.

По данному риску на страхование принимаются лица от 18 лет.

3.2.15. "Временное расстройство здоровья в результате заболевания или травмы"

Страховым случаем является временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате заболевания или травмы, предусмотренное договором страхования и диагностированное в течение срока действия договора страхования.

3.3. По соглашению сторон в договор страхования могут быть включены как все страховые случаи, перечисленные в п.п. 3.2.1 – 3.2.15 настоящих Правил, так и отдельные из них в различных сочетаниях.

3.3.1. По соглашению сторон в договор страхования могут быть включены условия страхования, указанные в Дополнительных условиях № 1, № 2, № 3, № 4, № 5 (Приложения 1, 2, 3, 4, 5 к настоящим Правилам), в Особых условиях коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (Приложение 20 к настоящим Правилам), в Особых условиях № 2 коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (Приложение 21 к настоящим Правилам).

3.4. По страхованию от несчастного случая в договоре страхования устанавливается период страхового покрытия. Если несчастный случай произошел вне периода страхового покрытия, указанного в договоре страхования, то обусловленные им случаи страховыми не являются и выплат по ним не производится.

По настоящим Правилам для страхования от несчастного случая могут быть предусмотрены следующие варианты периода страхового покрытия в течение срока действия договора страхования:

3.4.1. для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно), а также для работающих несовершеннолетних:

а) "Период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей".

Данный период страхового покрытия начинается в момент начала рабочего времени и заканчивается в момент окончания рабочего времени, предусмотренного для Застрахованного лица, и распространяется на те дни, в которые Застрахованное лицо исполняет трудовые обязанности.

Если для Застрахованного лица локальным нормативным актом работодателя установлен индивидуальный режим рабочего времени, данным периодом страхового покрытия для Застрахованного лица является период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с данным локальным нормативным актом.

Если иное не предусмотрено договором страхования, для Застрахованных лиц, работающих вахтовым методом, иных Застрахованных лиц, характер выполняемой работы которых исключает возможность ежедневного возвращения к месту проживания (исключая лиц, находящихся в командировках), в данный период страхового покрытия не включается:

– время междусменного отдыха, в том числе, время междусменного отдыха при следовании на транспортном средстве в качестве сменщика (водитель-сменщик на транспортном средстве, проводник или механик рефрижераторной секции в поезде, член бригады почтового вагона и другие), время ежедневного (междусменного) отдыха при работе вахтовым методом и т.д.;

– время, необходимое для приведения в порядок орудий производства и одежды, выполнения других предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка действий перед началом и после окончания работы;

– время нахождения на судне (воздушном, морском, речном) в свободное от вахты и судовых работ время.

Если иное не предусмотрено договором страхования, для Застрахованных лиц, находящихся в командировках, в данный период страхового покрытия включается период от времени начала до времени окончания работы в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка работодателя Застрахованного лица.

Если иное не предусмотрено договором страхования, время проезда к месту командирования и обратно в данный период страхового покрытия не включается.

б) "Период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей и указанное в договоре страхования время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту исполнения им трудовых обязанностей и обратно". Данный период страхового покрытия включает в себя период исполнения трудовых обязанностей, определенный аналогично указанному в п. 3.3.1 "а" настоящих Правил, а также время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту исполнения трудовых обязанностей (до начала работы) и обратно (после работы), но не более указанного в договоре страхования количества часов на время в пути.

в) период времени, в течение которого Застрахованное лицо не исполняет трудовые обязанности ("Несчастный случай в быту");

г) "24 часа в сутки";

д) период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в договоре страхования видами спорта ("Несчастный случай во время занятий спортом").

3.4.2. для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 18 лет, а также учащихся дневных отделений высших и средних специальных учебных заведений:

а) "Период нахождения Застрахованного лица в дошкольном или учебном заведении";

б) "Период нахождения Застрахованного лица в дошкольном или учебном заведении и указанное в договоре страхования время в пути от места жительства Застрахованного лица к месту нахождения дошкольного или учебного заведения и обратно";

в) период времени, в течение которого Застрахованное лицо не находится в дошкольном или учебном заведении ("Несчастный случай в быту");

г) "24 часа в сутки";

д) период времени, в течение которого Застрахованное лицо занимается указанными в договоре страхования видами спорта ("Несчастный случай во время занятий спортом").

3.4.3. По настоящим Правилам под занятиями спортом понимается осуществление тренировочного процесса и/или участие в соревнованиях по видам спорта, указанным в Таблице видов спорта (Приложение 19 к настоящим Правилам), или способ проведения свободного времени (в том числе, однократно или не регулярно) с участием в занятиях видами спорта, указанными в Таблице видов спорта (Приложение 19 к настоящим Правилам).

3.4.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил период страхового покрытия по страхованию от несчастного случая устанавливается в соответствии с п. 3.4.1 "в" настоящих Правил.

3.5. Страхование на случай заболеваний по п.п. 3.2.5 – 3.2.7, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил действует 24 часа в сутки.

3.5.1. При включении в договор страхования риска "Смерть в результате заболевания" (п. 3.2.8 настоящих Правил) договором страхования может быть предусмотрено, что страхование на случай смерти в результате заболевания действует 24 часа в сутки или в период исполнения Застрахованным лицом трудовых обязанностей.

3.5.2. Если в договоре страхования не указан период страхового покрытия по страхованию на случай смерти в результате заболевания, данный период составляет 24 часа в сутки.

3.6. Не являются застрахованными случаи причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие:

3.6.1. при совершении Застрахованным лицом умышленных действий, в том числе умышленного причинения телесных повреждений, повлекших причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица;

3.6.2. при совершении Застрахованным лицом умышленного противоправного действия, факт которого установлен компетентными органами;

3.6.3. в результате покушения Застрахованного лица на самоубийство или совершения им самоубийства, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до этого противоправными действиями третьих лиц (если договором страхования не предусмотрено иное). При этом Страховщик не освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае смерти Застрахованного лица в результате самоубийства, если к этому моменту договор страхования действовал не менее 2 лет;

3.6.4. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством, аппаратом или прибором без права такого управления или при передаче Застрахованным лицом управления лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством, аппаратом или прибором;

3.6.5. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии любой формы опьянения (алкогольного, наркотического, токсического и др.) или после принятия лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством, или при передаче Застрахованным лицом управления лицу, находящемуся в таком состоянии.

Перечисленные в настоящем пункте деяния признаются таковыми судом или иными компетентными органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.6.6. в результате совершения Страхователем, Выгодоприобретателем умышленных действий, направленных на причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, в том числе умышленного причинения телесных повреждений Застрахованному лицу.

3.7. Не являются застрахованными случаи установления инвалидности по переосвидетельствованию, за исключением случаев, указанных в п. 10.3.6 настоящих Правил.

3.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, то в соответствии со ст. 964 ГК РФ Страховщик освобождается от страховой выплаты, если причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица произошли в результате:

3.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.8.2. военных действий, а также манёвров или иных военных мероприятий;

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

3.9. Если договором страхования не предусмотрено иное, то не являются застрахованными случаи причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие в результате:

3.9.1. чрезвычайных (особых) положений, объявленных органами власти в установленном законом порядке в связи с событиями, перечисленными в п.п. 3.8.1 – 3.8.3 настоящих Правил;

3.9.2. занятий Застрахованного лица видами спорта, указанными в Таблице видов спорта (Приложение 19 к настоящим Правилам). Данное исключение не применяется к договорам страхования, заключенным с выбором периода страхового покрытия "Несчастный случай во время занятий спортом" в части указанных в договоре страхования видов спорта.

3.10. По страхованию на случай заболевания не являются страховыми случаями последствия:

3.10.1. заболеваний, не включенных в договор страхования;

3.10.2. заболеваний, имевшихся у Застрахованного лица, о которых Страхователь (Застрахованное лицо) знал, но не сообщил Страховщику при заключении договора страхования. Данное исключение распространяется на страховые случаи согласно п. 3.2.7

настоящих Правил, а также на страховые случаи согласно п.п. 3.2.5, 3.2.6, 3.2.8, 3.2.11, 3.2.13 настоящих Правил (если договором не предусмотрено иное). Данное исключение не распространяется на страховой случай согласно п. 3.2.9, 3.2.15 настоящих Правил.

3.10.3. заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления договора страхования в силу. Данное исключение распространяется на страховые случаи согласно п. 3.2.14 настоящих Правил;

3.10.4. заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ (если иное не предусмотрено договором страхования).

3.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, по страхованию от несчастного случая не являются застрахованными последствия:

3.11.1. сотрясения мозга при сроках лечения:

– для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) – менее 14 дней;

– для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет – менее 10 дней;

3.11.2. несчастного случая, наступившего во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, подтвержденного соответствующими документами;

Под "алкогольным опьянением" по настоящим Правилам понимается состояние Застрахованного лица, при котором у Застрахованного лица уровень содержания этилового спирта в выдыхаемом воздухе составляет более 0,16 мг/л или 0,35 г/л в крови, при этом если имеется более двух показателей и они разнятся, то за основу берется большее значение. Если в медицинских документах не указан уровень содержания этилового спирта, но имеется указание на нахождение Застрахованного лица в состоянии опьянения или алкогольной интоксикации, то Застрахованное лицо также считается находящимся в состоянии алкогольного опьянения.

Данное исключение не применяется, если вред жизни и здоровью Застрахованного лица был причинен в результате происшествий (аварии, катастрофы, дорожно-транспортного происшествия) с любым средством транспорта, на котором Застрахованное лицо находилось в качестве пассажира, что должно быть подтверждено документами компетентных органов, проводивших уголовное или административное расследование (разбирательство) по факту происшествия с транспортным средством.

3.11.2.1. если условиями договора страхования будет предусмотрено, что последствия несчастных случаев, указанных в п. 3.11.2 настоящих Правил, являются застрахованными, причинение вреда здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица, произошедшие при обстоятельствах, указанных в п. 3.6.5 настоящих Правил, застрахованными не являются;

3.11.3. несчастного случая, обусловленного приступом эпилепсии.

3.12. Договором страхования может быть особо предусмотрено условие о том, что для лиц, впервые принимаемых на страхование, не является застрахованным случай, указанный в п. 3.2.5 настоящих Правил, если диагноз соответствующего заболевания установлен в течение определенного периода с даты вступления договора страхования в силу. Длительность такого периода не может превышать 60 дней.

3.13. При заключении договора страхования по п.п. 3.2.10, 3.2.11 не являются застрахованными случаи временной нетрудоспособности / временного расстройства здоровья в результате несчастного случая (заболевания), приведшего к необходимости оперативного вмешательства:

– с целью косметологической коррекции, в том числе, для целей устранения косметологических дефектов, если данные дефекты не являются следствием несчастного случая или заболевания (из числа предусмотренных в договоре страхования), произошедших в течение срока действия договора страхования;

– на глазах, не обусловленные органическими необратимыми поражениями какой-либо части глаза (например, лазерная коррекция миопии; коагуляция сетчатки, проведенная в целях подготовки к лазерной коррекции миопии и т.д.);

– обусловленные беременностью, в том числе, операции кесарева сечения, операции по поводу внематочной беременности;

– в полости рта в связи с заболеваниями зубов и десен.

3.14. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель, Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая (п. 9.3 настоящих Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

3.15. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным лицом или его законным представителем, Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

4.2. Размер страховой суммы определяется по соглашению сторон.

Страховая сумма, установленная для конкретного Застрахованного лица, именуется далее индивидуальная страховая сумма.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком может изменить количество Застрахованных лиц и их индивидуальные страховые суммы при условии внесения соответствующих изменений в договор страхования.

4.4. Страховые суммы указываются в российских рублях или иностранной валюте в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – "страхование в эквиваленте").

4.5. Договором страхования могут предусматриваться следующие варианты установления страховой суммы:

4.5.1. единая (общая) страховая сумма по всем рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.1 настоящих правил;

4.5.2. отдельные страховые суммы по каждому риску. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.2 настоящих Правил;

4.5.3. единая (общая) страховая сумма по части рисков, предусмотренных договором страхования, и отдельные страховые суммы по остальным рискам. В этом случае страховые выплаты производятся в соответствии с п. 10.4.3 настоящих Правил.

4.6. По п. 3.2.9 настоящих Правил устанавливается отдельная страховая сумма.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, которые установлены договором страхования.

5.2. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, и другие условия страхования.

5.2.1. При "страховании в эквиваленте" страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

5.3. В случае установления отдельных страховых сумм по рискам, размер страховой премии по договору страхования определяется как сумма страховых взносов по отдельным принятым на страхование рискам.

5.4. Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением.

Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

5.5. При заключении договора страхования на срок менее одного года сумма страховой премии исчисляется в устанавливаемых Страховщиком процентах от величины годовой страховой премии в зависимости от срока действия договора страхования:

Срок действия договора страхования	Процент от годовой премии
1 – 7 дней	10
8 – 15 дней	15
16 дней – 1 месяц	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90
11 месяцев	95

5.5.1. При заключении договора страхования на срок более одного года страховой тариф (T) определяется по формуле:

$$T = T_2 \cdot m/12,$$

где:

T_2 – страховой тариф при сроке действия договора страхования 1 год;

m – срок действия договора страхования (в месяцах). Неполный месяц принимается за полный.

5.6. В случае неуплаты Страхователем в предусмотренные договором страхования сроки очередных страховых взносов договор страхования прекращается, если договором страхования или письменным соглашением сторон не предусмотрено иное.

5.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса, если договор страхования не был прекращен в соответствии с п. 5.6 настоящих Правил.

5.8. При увеличении размера страховой суммы в соответствии с п. 4.3 настоящих Правил размер дополнительного страхового взноса (D) исчисляется по формуле:

$$D = [C_2 - C_1] \cdot T \cdot n / m,$$

где:

C_2 – конечная величина страховой суммы;

C_1 – первоначальная величина страховой суммы;

n – число месяцев, оставшихся до конца срока действия договора страхования, при этом неполный месяц считается за полный;

T – страховой тариф (за весь срок действия договора страхования);

m – срок действия договора страхования (в месяцах).

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную в договоре страхования страховую премию при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).

6.2. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок (в том числе, на время определенной работы, командировки, мероприятия и т.п.).

По страховым случаям, указанным в п.п. 3.2.5 – 3.2.9, 3.2.11, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил, срок действия договора страхования не может быть менее 6 месяцев.

6.3. Договор вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

6.3.1. при уплате страховой премии наличными денежными средствами – с 00 часов дня, следующего за днем уплаты в кассу Страховщика или получения представителем Страховщика страховой премии или ее первого взноса (при уплате в рассрочку).

Прием наличных денежных средств оформляется квитанцией по установленной форме;

6.3.2. при уплате страховой премии по безналичному расчету – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии или ее первого взноса при уплате в рассрочку на расчетный счет Страховщика или его представителя.

6.4. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа местного времени дня, который указан в договоре страхования как дата его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.5. При исполнении Страховщиком своих обязательств по страховым выплатам по конкретному риску (совокупности рисков при единой (общей) страховой сумме) в полном объеме договор страхования прекращается в отношении конкретного страхового риска (совокупности рисков), по которому общая сумма страховых выплат достигла установленной для этого риска (совокупности рисков) страховой суммы.

6.6. Страховщик не производит страховых выплат по несчастным случаям, которые произошли до вступления договора страхования в силу.

6.7. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдаётся дубликат.

После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям договора страхования:

7.1.1. о Застрахованном лице;

7.1.2. о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (о страховом случае);

7.1.3. о размере страховой суммы;

7.1.4. о сроке действия договора страхования.

7.2. Для заключения договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

– письменное или устное заявление Страхователя. Заявление, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования;

– сведения о лицах, указываемых в договоре страхования (Страхователе, Застрахованных лицах, Выгодоприобретателях), необходимые для их идентификации в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

– список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме (если сведения о Застрахованных лицах указываются в прилагаемом к договору страхования Списке Застрахованных лиц);

– согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных – в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.3. Страховщик для оценки степени риска имеет право требовать у Страхователя (Застрахованного лица) предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления) о профессиональной принадлежности Застрахованного лица, о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), о наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом.

Договор страхования заключается, как правило, без медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица.

При заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Застрахованным лицом результатов медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья. Расходы по прохождению медицинского осмотра (обследования) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

7.4. Договор страхования заключается в письменной форме ("договор страхования" или "страховой полис") в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

7.5. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включённые в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

7.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

7.7. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

7.8. Договор страхования признаётся недействительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.9. При включении в договор страхования случаев, указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.5 настоящих Правил, Страховщик и Страхователь при заключении договора страхования устанавливают порядок определения размера страховой выплаты:

7.9.1. В размере установленных в договоре страхования процентов от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил). При страховании по п. 3.2.5 данный порядок применяется при включении в договор страхования заболеваний из Таблиц заболеваний № 4, 5, а также при страховании по п. 2.3.6 настоящих Правил.

При этом договором страхования могут быть предусмотрены следующие ограничения объема страховой ответственности:

а) Если продолжительность временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья не превышает определенного количества дней, то выплата по такому страховому случаю не производится. За временную утрату трудоспособности/временное расстройство здоровья продолжительностью, превышающей это количество дней, выплата производится в полном размере, начиная с первого дня.

б) Выплата производится, начиная с определенного дня временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, предыдущие дни не оплачиваются;

в) Выплата производится не более, чем за определенное число дней временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья. Если иное не предусмотрено договором, страховая выплата для каждого Застрахованного лица производится не более, чем за 100 дней в совокупности за каждый год страхования.

7.9.2. По таблицам (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил):

а) по п. 3.2.1 настоящих Правил – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно "Таблице № 1 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем" (Приложение 7 к настоящим Правилам) или "Таблице № 2 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем" (Приложение 8 к настоящим Правилам) или "Таблице № 3 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем" (Приложение 9 к настоящим Правилам), конкретная таблица указывается в договоре страхования;

б) по п. 3.2.5 настоящих Правил при страховании на случай заболеваний, указанных в Таблицах заболеваний № 1,2,3,6 – в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно соответствующей Таблице заболеваний.

7.10. При включении в договор страхования страховых случаев, указанных в п.п. 3.2.10, 3.2.11, 3.2.12, 3.2.13 настоящих Правил, страховая выплата производится в соответствии с п. 7.9.1 настоящих Правил.

7.11. При включении в договор страхования страхового случая, указанного в п. 3.2.14 настоящих Правил, страховая выплата производится в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице заболеваний № 7 (Приложение 16 к настоящим Правилам).

7.12. При включении в договор страхования страхового случая, указанного в п. 3.2.15 настоящих Правил, страховая выплата производится в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица согласно Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение 17 к настоящим Правилам) или Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение 18 к настоящим Правилам).

7.13. Конкретный порядок расчёта размера страховой выплаты указывается в договоре страхования.

7.14. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие условия страхования излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

7.15. Страховщик вправе присваивать договорам страхования (страховым полисам), заключенным в соответствии с настоящими Правилами на односторонних условиях, определенные маркетинговые наименования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:

8.1.1. до наступления страхового случая заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названное в договоре страхования Застрахованное лицо другим лицом с письменного согласия этого Застрахованного лица (его законного представителя) и Страховщика;

8.1.2. заменить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, названного в договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом с письменного согласия Застрахованного лица (его законного представителя);

8.1.3. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой об изменении условий страхования (страховой суммы, срока действия договора страхования, страховых случаев, периода страхового покрытия, порядка выплат, количества Застрахованных лиц и т.п.);

8.1.4. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. выполнить все необходимые формальности, связанные с заключением договора страхования, в том числе: сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая при заключении договора страхования;

8.2.2. уплачивать страховую премию в сроки и в порядке, определённые договором страхования;

8.2.3. довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил и условия договора страхования;

8.2.4. обеспечить в случае замены Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) другим лицом получение согласия Застрахованного лица (его законного представителя) на эти действия согласно действующему законодательству Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщённую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований настоящих Правил и условий договора страхования;

8.3.2. потребовать признания договора страхования недействительным и возмещения причинённого ему реального ущерба, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска;

8.3.3. направлять в случае необходимости запросы в компетентные органы при выяснении обстоятельств наступления несчастного случая, заболевания и их последствий.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. при заключении договора страхования вручить Страхователю настоящие Правила;

8.4.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, а также об имущественном положении этих лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

8.4.3. по требованиям Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования.

8.5. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (в частности, о занятиях Застрахованного лица видами спорта (п. 3.4.3 настоящих Правил) или профессиональной деятельностью, обладающей повышенной вероятностью наступления несчастного случая).

8.6. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) предусмотренных в п. 8.5 настоящих Правил обязанностей Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причинённых расторжением договора.

8.7. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования в соответствии с действительной степенью риска и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.8. Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только договором страхования не предусмотрено иное или обязанности Страхователя выполнены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем).

8.9. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт соответственно Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, обязанности Застрахованного лица в соответствии с настоящим пунктом подлежат выполнению законными представителями Застрахованного лица.

8.10. При реорганизации Страхователя в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом действующим законодательством Российской Федерации.

8.11. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования жизни и здоровья другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом прав и обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

8.12. Если в период действия договора страхования Страхователь судом признан недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя осуществляют его опекун или попечитель.

8.13. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по договору страхования не могут быть переданы, кому бы то ни было, без письменного согласия на это Страховщика.

8.14. Страховщик и Страхователь обязаны соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

8.15. В договоре страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. Застрахованное лицо (его законный представитель), а также Выгодоприобретатель по договору страхования, заключённому в его пользу, при наступлении страхового случая имеет право требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по страховым выплатам.

9.2. Застрахованное лицо при наступлении несчастного случая или заболевания обязано:

9.2.1. немедленно обратиться за помощью в медицинское учреждение и неукоснительно соблюдать рекомендации лечащего врача с целью уменьшения последствий несчастного случая или заболевания;

9.2.2. в случае, если Застрахованное лицо не является Страхователем, уведомить последнего: о факте несчастного случая (обстоятельствах, при которых он произошёл, его последствиях) или факте обращения за медицинской помощью по поводу заболевания и установлении соответствующего диагноза;

9.2.3. по требованию Страховщика пройти медицинский осмотр (комиссию) для принятия Страховщиком решения о размере страховой выплаты;

В случае если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо ответственность за выполнение обязанностей, указанных в п.п. 9.2.1 – 9.2.3 настоящих Правил, несет законный представитель Застрахованного лица.

9.3. Страхователь обязан уведомить Страховщика о наступлении у Застрахованного лица последствий несчастного случая или заболевания в следующие сроки:

9.3.1. в случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты окончания временной нетрудоспособности/окончания лечения;

9.3.2. в случае диагностирования заболевания, предусмотренного договором страхования, при страховании по п. 3.2.14 настоящих Правил – не позднее 30-ти дней с даты установления диагноза;

9.3.3. в случае установления инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты установления инвалидности;

9.3.4. в случае утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания – не позднее 30-ти дней с даты установления утраты профессиональной трудоспособности;

9.3.5. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания – в течение 30-ти дней, если иное не установлено договором страхования, после того, как ему стало известно о смерти Застрахованного лица.

Обязанность по п. 9.3.5 настоящих Правил может быть выполнена Выгодоприобретателем.

Обязанности по п.п. 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 9.3.4 настоящих Правил могут быть выполнены самим Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, которому известно о заключении договора страхования в его пользу, если он намерен воспользоваться правом на страховую выплату, а в случае, если Застрахованным лицом является несовершеннолетний или недееспособное лицо, – его законным представителем.

Уведомление должно быть сделано способом, позволяющим зафиксировать текст с указанием отправителя и дату сообщения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.).

9.4. Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель, Выгодоприобретатель) обязан в согласованные при уведомлении Страховщика о наступлении последствий несчастного случая или заболевания сроки (п. 9.3 настоящих Правил):

9.4.1. подать Страховщику письменное заявление на страховую выплату;

9.4.2. предоставить Страховщику документы в соответствии с п. 10.6 настоящих Правил, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. направить к пострадавшему от несчастного случая или заболевания Застрахованному лицу врача по усмотрению Страховщика. Врачу должна быть предоставлена возможность свободного доступа к больному и всестороннего обследования состояния его здоровья;

9.5.2. при необходимости запрашивать сведения, связанные с несчастным случаем или заболеванием и их последствиями, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других организаций, граждан, располагающих информацией об обстоятельствах несчастного случая или заболевания, а также проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства несчастного случая или заболевания;

9.5.3. не производить страховую выплату в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

9.6. Страховщик после получения заявления о страховом случае обязан:

9.6.1. принять заявление к рассмотрению;

9.6.2. при необходимости направить запрос в компетентные органы (учреждения, организации) о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт наступления несчастного случая или заболевания, их причину и последствия;

9.6.3. после получения всех необходимых документов, указанных в п. 10.6 настоящих Правил, принять решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем;

9.6.4. по случаю, признанному страховым, произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования;

9.6.5. в случае непризнания случая страховым или принятия решения об отказе в страховой выплате, направить Страхователю (Застрахованному лицу или его законному представителю, Выгодоприобретателю) в письменной форме обоснование принятого решения.

10. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

10.1. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в настоящих Правилах и договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования.

10.2. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или их законных представителей) с приложением документов, предусмотренных настоящими Правилами (п. 10.6 настоящих Правил), и страхового акта.

10.3. Страховая выплата производится одновременно в установленном проценте от индивидуальной страховой суммы Застрахованного лица (с учетом положений п. 10.4 настоящих Правил) в зависимости от принятых на страхование рисков и условий договора страхования.

10.3.1. По п.п. 3.2.1, 3.2.5 настоящих Правил с расчётом страховой выплаты за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья, а также по п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в договоре страхования процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья с учетом ограничений, установленных в договоре страхования согласно п. 7.9.1 настоящих Правил.

За дни временной утраты трудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата по п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил не производится.

10.3.2. По п.п. 3.2.12, 3.2.13 настоящих Правил, размер страховой выплаты определяется исходя из установленных в договоре страхования процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица за каждый день временной утраты трудоспособности, приходящейся на время пребывания в стационаре, с учетом ограничений, установленных в договоре страхования согласно п. 7.9.1 настоящих Правил.

За дни нетрудоспособности, не приходящиеся на время пребывания в стационаре, страховая выплата не производится.

10.3.3. По п.п. 3.2.1, 3.2.5 настоящих Правил с расчётом страховой выплаты по Таблицам размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно предусмотренной договором страхования "Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем" (Приложения 7, 8 или 9 к настоящим Правилам) или "Таблице заболеваний" (Приложения 10, 11, 12, 13 к настоящим Правилам) соответственно произошедшему страховому случаю и условиям договора страхования.

10.3.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил в случае временной нетрудоспособности в результате заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) страховая выплата производится только за первые два дня нетрудоспособности работника в размере пособия по временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) за эти два дня, определяемого в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.3.5. По п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил в случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) в результате несчастного случая или заболевания, размер страховой выплаты исчисляется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица следующим образом:

- при III-ей группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 60%;
- при II-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 80%;
- при I-ой группе инвалидности в результате несчастного случая или заболевания – 100%;
- при установлении инвалидности в результате несчастного случая или заболевания, произошедшего с Застрахованным лицом до достижения им 18 лет – 100 %.

10.3.6. Если по договору страхования Застрахованному лицу была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 года с даты несчастного случая или установления диагноза заболевания по переосвидетельствованию установлена более тяжелая группа в связи с тем же заболеванием или несчастным случаем, то Страховщик по результатам переосвидетельствования выплачивает разницу между страховой выплатой за более тяжелую группу инвалидности и произведенной выплатой за ранее установленную группу инвалидности.

Если Застрахованному лицу была произведена страховая выплата по инвалидности, а затем в течение 1 года с даты несчастного случая или установления диагноза заболевания по переосвидетельствованию установлена более легкая группа в связи с тем же заболеванием или несчастным случаем, страховая выплата не производится.

10.3.7. По п.п. 3.2.3, 3.2.7 настоящих Правил в случае утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания размер страховой выплаты исчисляется в проценте от индивидуальной страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

10.3.8. По п.п. 3.2.4, 3.2.8 настоящих Правил в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания страховая выплата определяется исходя из 100% индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица.

10.3.9. По п. 3.2.14 настоящих Правил размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице заболеваний № 7 (Приложение 16 к настоящим Правилам).

10.3.10. По п. 3.2.15 настоящих Правил размер страховой выплаты определяется в процентах от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица, согласно Таблице заболеваний и травм № 8 (Приложение 17 к настоящим Правилам) или Таблице заболеваний и травм № 9 (Приложение 18 к настоящим Правилам), в соответствии с условиями договора страхования.

10.4. Расчет размера страховой выплаты осуществляется в следующем порядке:

10.4.1. Если в договоре страхования для Застрахованного лица установлена единая (общая) страховая сумма по всем рискам (п. 4.5.1 настоящих Правил), то все страховые выплаты по п. 10.3 настоящих Правил рассчитываются исходя из этой страховой суммы. При этом общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него единой страховой суммы.

10.4.2. Если в договоре страхования для Застрахованного лица установлены отдельные страховые суммы по каждому риску (п. 4.5.2 настоящих Правил), то при наступлении страхового случая сумма страховой выплаты рассчитывается по п. 10.3 настоящих Правил, исходя из установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы по соответствующему риску, и выплачивается независимо от выплат по другим страховым рискам, в том числе, уже произведенных. При наступлении нескольких страховых случаев по одному и тому же риску общая сумма выплат Застрахованному лицу по этим страховым случаям не должна превышать индивидуальную страховую сумму по данному риску.

10.4.3. При установлении для Застрахованного лица в договоре страхования страховых сумм в соответствии с п. 4.5.3 настоящих Правил, страховые выплаты рассчитываются:

10.4.3.1. по страховым рискам с единой (общей) страховой суммой – в соответствии с п. 10.4.1 настоящих Правил;

Если по факту одного и того же несчастного случая или одного и того же заболевания Застрахованному лицу установлена и инвалидность, и утрата профессиональной трудоспособности, то по договору страхования, предусматривающему единую (общую) страховую сумму в отношении этих рисков, выплата производится следующим образом:

а) если размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.5, превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.7, то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 10.3.5;

б) если размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.7, превышает размер выплаты, рассчитанный по п. 10.3.5, то страховая выплата производится только в размере, определенном по п. 10.3.7;

в) если по п. 10.3.5 и 10.3.7 размер выплаты одинаков, то выплата производится в данном размере однократно.

10.4.3.2. по страховым рискам с отдельными страховыми суммами – в соответствии с п. 10.4.2 настоящих Правил.

10.4.4. По п. 3.2.9 настоящих Правил, общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом, не может превышать установленной для него страховой суммы по данному риску.

10.4.5. По коллективному договору страхования размер страховой выплаты рассчитывается исходя из индивидуальной страховой суммы (при установлении единой (общей) страховой суммы по всем рискам) или из индивидуальных сумм по отдельным рискам, установленным для того Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай.

10.5. По соглашению сторон страховая выплата по временной утрате трудоспособности/временному расстройству здоровья может быть выплачена в предварительном размере, безусловно причитающемся Застрахованному лицу. При этом из окончательной суммы страховой выплаты вычитается предварительно выплаченная сумма.

10.6. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть предоставлены:

10.6.1. договор страхования (полис) – по требованию Страховщика;

10.6.2. заявление на страховую выплату, а также согласие на обработку персональных данных (в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия);

10.6.3. документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой. Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты);

10.6.4. документы (или их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком, при этом оригиналы должны быть предоставлены Страховщику для обозрения по его требованию), подтверждающие факт, причину, обстоятельства наступления страхового случая и его последствий:

10.6.4.1. В случае временной утраты трудоспособности/временного расстройства здоровья:

а) документы из медицинского учреждения, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью в результате несчастного случая или заболевания, установленный диагноз и/или продолжительность нетрудоспособности/лечения (если договором страхования предусмотрен порядок страховой выплаты в соответствии с п. 7.9.1 настоящих Правил, а также в случае установления Застрахованному лицу диагноза в соответствии с п. 3.11 настоящих Правил), характер телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая;

б) по факту несчастного случая во время исполнения трудовых обязанностей – документы (акты), составленные работодателем в соответствии с действующим законодательством, по факту несчастного случая в дошкольном или учебном заведении – документы (акты), оформленные надлежащим образом;

в) по факту несчастного случая во время пути от места жительства к месту исполнения трудовых обязанностей и обратно (во время пути от места жительства к дошкольному или

учебному заведению и обратно) – документ (справка из медицинского учреждения и/или объяснительная от Застрахованного лица (его законного представителя), содержащие указание на обстоятельства наступления несчастного случая), в котором зафиксировано данное обстоятельство наступления несчастного случая;

г) по требованию Страховщика: выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (истории болезни), а также данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз;

д) по страхованию согласно п. 3.2.9 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. "а", "г", а также расчет размера пособия по временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) за первые два дня временной нетрудоспособности в соответствии с законодательством Российской Федерации, составленный бухгалтерией работодателя Застрахованного лица;

е) по страхованию согласно п.п. 3.2.10, 3.2.11 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. "а", "г", а также документы, подтверждающие необходимость оперативного вмешательства;

ж) по страхованию согласно п.п. 3.2.12, 3.2.13 настоящих Правил – документы, указанные в п.п. "а", "г", а также документы, подтверждающие факт экстренной госпитализации;

з) по требованию Страховщика: при несчастном случае во время занятий спортом – документы (акты) об освобождении от тренировок, составленные в соответствии с действующим законодательством;

и) в случае причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате неправильных медицинских манипуляций (если данный вид несчастного случая указан в договоре страхования согласно п. 2.2.4 настоящих Правил) – документы из компетентных органов, подтверждающие установление факта неправильных медицинских манипуляций, их причинно-следственную связь с вредом здоровью Застрахованного лица.

10.6.4.2. В случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) или утраты профессиональной трудоспособности – документы, указанные в п. 10.6.4.1, а также справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством, об установлении инвалидности или степени утраты профессиональной трудоспособности или ее заверенную копию; 10.6.4.3. По страхованию по п. 3.2.14 настоящих Правил:

а) документы из медицинского учреждения, подтверждающие установленный диагноз, дату установления данного диагноза впервые.

б) выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (истории болезни), а также, по требованию Страховщика, – данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз.

По п.п. 10.6.4.1 – 10.6.4.3 настоящих Правил при необходимости, Страховщик имеет право потребовать проведения дополнительного медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица, в медицинском учреждении, выбранном Страховщиком.

10.6.4.4. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания – документы, указанные в п. 10.6.4.1 настоящих Правил, а также:

а) свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица или его заверенная копия;

б) документ из медицинской организации или компетентных органов, подтверждающий причину смерти Застрахованного лица и/или обстоятельства ее наступления;

в) если Выгодоприобретатель не назначен – документы, удостоверяющие вступление в права наследования на страховую выплату;

г) распоряжение Застрахованного лица о том, кого он назначил для получения страховой выплаты в случае своей смерти, если оно было составлено отдельно от договора страхования;

10.6.5. в случае, если соответствующие компетентные органы отказали Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в выдаче каких-либо документов, запрошенных Страховщиком, – копию соответствующего запроса и письменного ответа на него, если таковой получен;

10.6.6. в случае возбуждения уголовного дела или судебного разбирательства (процесса) по факту причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерти Застрахованного лица, обвиняемым или подозреваемым по которому является Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), в том числе, должностное лицо Страхователя (Выгодоприобретателя) – решение соответствующего компетентного органа, устанавливающее наличие или отсутствие умысла Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) в произошедшем событии;

10.6.7. банковские реквизиты получателя выплаты (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты);

10.6.8. если Застрахованное лицо не является гражданином Российской Федерации, – документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации и указанные в п.п. 10.6.1 – 10.6.7 настоящих Правил, или документы, аналогичные указанным в п.п. 10.6.1 – 10.6.7 настоящих Правил, составленные в соответствии с законодательством страны, гражданином которой он является. К документам, составленным на иностранном языке, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан приложить перевод на русский язык, подготовленный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов;

10.6.9. в случае, если предоставленные в соответствии с п.п. 10.6.1 – 10.6.8 настоящих Правил документы дают основания полагать, что вред здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица наступили по причинам и/или при обстоятельствах, от которых Застрахованное лицо не было застраховано согласно договору страхования, и/или не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, относятся или нет последствия несчастного случая или заболевания к страховому случаю согласно договору страхования, и/или установить размер страховой выплаты – документы, запрошенные Страховщиком в письменной форме у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) или компетентных органов и организаций, медицинских, экспертных и иных организаций и органов, позволяющие сделать однозначный вывод о том, являются ли последствия несчастного случая или заболевания страховым случаем согласно договору страхования или нет;

10.6.10. документы, оформленные надлежащим образом – в случае, если Страховщику предоставлены ненадлежащим образом оформленные документы (в частности, незаверенные копии документов, документы, подписанные лицом, не имеющим на это полномочий, документы, содержащие не оформленные надлежащим образом исправления, и т.п.);

10.6.11. в случае, если у Страховщика имеются основания предполагать недостоверность представленных для получения страховой выплаты документов и/или содержащихся в них сведений – ответ компетентных органов или организаций на запрос Страховщика о подтверждении достоверности указанных документов (сведений).

10.7. После получения всех необходимых документов и сведений (п. 10.6 настоящих Правил) Страховщик рассматривает их в течение 30 рабочих дней с даты получения последнего из надлежаще оформленных документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:

10.7.1. если событие признано страховым случаем – составляет страховой акт и осуществляет страховую выплату;

10.7.2. если событие не признано страховым случаем или принято решение об отказе в страховой выплате – направляет письмом в адрес лица, обратившегося за выплатой, обоснование принятого решения.

10.8. Выплаты производятся путём перечисления сумм на банковский счёт, указанный получателем (лицом, в пользу которого заключён договор страхования), наличными денежными средствами в кассе Страховщика или иным способом по согласованию сторон.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет), выдачи наличных денег из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами) либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

10.9. Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам право на её получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

10.10. Если получателем страховой выплаты является несовершеннолетний в возрасте до 14 лет или недееспособное лицо, причитающаяся ему сумма страховой выплаты переводится на его имя во вклад в банке, согласованном сторонами, с одновременным уведомлением законных представителей получателя выплаты.

10.11. В случае если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.2.1 3.2.2, 3.2.3, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.7, 3.2.9, 3.2.10, 3.2.11, 3.2.12, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15 настоящих Правил, выплата производится наследникам Застрахованного лица в установленном порядке. В случае если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по п.п. 3.2.4 или 3.2.8 настоящих Правил, выплата производится наследникам Выгодоприобретателя в установленном порядке.

10.12. При "страховании в эквиваленте" страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату выплаты.

Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется, исходя из максимального курса для выплат.

10.13. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

11. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключён, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

11.1.1. В случае установления Застрахованному лицу в период действия договора страхования инвалидности I или II группы, или статуса ребенок-инвалид или инвалид с детства, не вызванных происшедшим во время действия договора несчастным случаем или заболеванием, на случай которых осуществлялось страхование, договор страхования прекращает свое действие (при коллективном страховании – в отношении данного лица) в части рисков, указанных в п.п. 3.2.2, 3.2.6 настоящих Правил со дня присвоения Застрахованному лицу соответствующего статуса.

11.2. Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 11.1 настоящих Правил.

11.3. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 11.1 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. Договор страхования прекращается в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные договором страхования сроки и размере со дня, следующего за днем, в который должен был быть уплачен очередной взнос, если договором страхования или дополнительным соглашением сторон, оформленным в письменной форме, не будет предусмотрено иное.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя о прекращении договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, определяется исходя из оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

- если оплаченный период действия договора страхования превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты договор страхования прекращается с 00 часов дня следующего за последним днем оплаченного периода;

- если оплаченный период действия договора страхования не превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию за период, в течение которого действовало страхование.

11.6. Для получения части страховой премии при досрочном прекращении договора страхования Страхователь (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

- договор страхования (страховой полис) – по требованию Страховщика;
- заявление Страхователя о досрочном прекращении договора страхования;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица;
- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю.

11.7. Обязательства сторон в случае прекращения договора страхования по соглашению сторон считаются прекращёнными с момента заключения соглашения сторон о прекращении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путём переговоров.

При недостижении соглашения споры разрешаются судом (арбитражным судом) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования и оспариваемым одной из сторон, может быть предъявлен в пределах сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.