

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ КЛИЕНТОВ ПОСРЕДНИКОВ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ	2
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	3
3.	ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	4
4.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	4
5.	ИСКЛЮЧЕНИЯ	5
6.	СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА	7
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ	7
8.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	8
9.	ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	10
10.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	11
11.	СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	12
12.	ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ	14
13.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	16
14.	ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	16
15.	ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	17

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1.1. Акционерное общество Страховая компания «Альянс», действующее на основании Устава и в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - Страховщик), на основании настоящих Правил страхования от несчастных случаев и болезней клиентов посредников (далее – Правила страхования) заключает Договоры страхования с дееспособными физическими и/или юридическими лицами (далее – Страхователи) (именуются совместно и каждый в отдельности Стороны).

При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении Договора страхования условиями отличными от тех, которые содержатся в настоящих Правилах страхования, если такие изменения и дополнения не противоречат законодательству Российской Федерации.

1.2. Кредитный договор – договор (в том числе договор займа, договор купли-продажи недвижимости с рассрочкой платежа), в соответствии с которым Кредитор обязуется предоставить денежные средства (кредит или заем) Заемщику в размере и на условиях, предусмотренных договором между ними, а Заемщик обязуется возвратить полученную денежную сумму и уплатить проценты за пользование денежными средствами (проценты по Договору займа).

1.3. Заемщик — получатель суммы денег (суммы займа) по договору займа (кредитному договору), принимающий на себя обязательство по обеспечению возврата суммы денег (суммы займа) в срок и в порядке, которые предусмотрены договором займа. (кредитным договором).

1.4. Денежные обязательства – обязанность Заемщика уплатить Кредитору определенную денежную сумму по договору (контракту) между Кредитором и Заемщиком.

1.5. Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого, проводится страхование.

1.6. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

1.7. Третьи лица - любые лица за исключением Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного лица.

1.8. Несчастный случай - фактически происшедшее, внешнее, внезапное, непреднамеренное и непредвиденное событие в период действия Договора страхования помимо воли Застрахованного лица, повлекшее за собой расстройство здоровья, утрату трудоспособности или смерть Застрахованного лица.

1.9. Болезни (естественные причины, заболевания) - диагностированное впервые в период действия Договора страхования квалифицированным врачом или указанное в заявлении на страхование нарушение нормальной жизнедеятельности организма (острые или хронические заболевания), обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, которые вызвали в период действия Договора страхования смерть, утрату трудоспособности или расстройство здоровья Застрахованного лица.

1.10. Квалифицированный врач - специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

1.11. Смерть - прекращение физиологических функций организма, являющихся основой его жизнедеятельности. Факт смерти подтверждается в установленном действующим законодательством порядке.

1.12. Инвалидность - нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты Страхователя (Застрахованного лица).

1.13. Утрата (потеря) трудоспособности - утрата Застрахованным лицом способности к труду при наличии медицинских и социальных показаний.

1.14. Утрата (потеря) трудоспособности с установлением инвалидности - такое состояние здоровья Застрахованного лица, при котором ему противопоказана любая трудовая деятельность, либо которое привело к снижению квалификации, тяжести, напряженности труда и (или) уменьшению объема выполняемой работы, обусловившее решение бюро медико-социальной экспертизы об установлении I, II или III группы инвалидности.

Постоянная полная утрата (потеря) общей трудоспособности с установлением I группы инвалидности - такое состояние здоровья Застрахованного лица, при котором он неспособен к любой трудовой деятельности или при котором Застрахованному лицу противопоказана любая трудовая деятельность и которое обусловило решение бюро медико-социальной экспертизы об установлении I группы инвалидности.

1.15. Постоянная утрата профессиональной трудоспособности - невозможность выполнять Застрахованным лицом в необходимом объеме деятельность, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта, вследствие устойчивого нарушения функций организма, носящего необратимый характер.

Профессиональная трудоспособность - способность Застрахованного лица к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах, исходя из способности Застрахованного лица осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая или заболевания.

1.16. Временная полная утрата (потеря) трудоспособности Страхователя (Застрахованного лица) - состояние здоровья Страхователя (Застрахованного лица), носящее обратимый характер, при котором он утрачивает способность к какому-либо труду на срок, не превышающий 120 (Сто двадцать) дней со дня утраты способности к какому-либо труду.

Для Застрахованных лиц в возрасте до 14 (четырнадцать) лет этот риск понимается как временное расстройство здоровья.

1.17. Стационар круглосуточного медицинского наблюдения – расположенное на территории Российской Федерации государственное или частное медицинское учреждение, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи населению.

1.18. Нахождение Застрахованного лица в реанимации – нахождение Застрахованного лица в реанимационном отделении, расположенном на территории Российской Федерации стационара круглосуточного медицинского наблюдения с проведением в отношении Застрахованного лица мероприятий реанимационного характера.

1.19. Классификация - классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.20. Занятия спортом на профессиональном уровне - занятия любым видом спорта на систематической основе с последующим участием в спортивных соревнованиях.

1.21. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена Договором страхования, и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма на каждый период страхования может прямо указываться в Договоре страхования или рассчитываться исходя из остатка ссудной задолженности Заемщика по Кредитному договору.

Договором страхования может быть предусмотрена снижающаяся страховая сумма, размер которой в период действия Договора страхования уменьшается соразмерно снижению суммы долга перед Кредитором по Кредитному договору.

1.22. Франшиза – определенная Договором страхования часть ущерба, не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза может устанавливаться как в денежном эквиваленте, так и в процентах от страховой суммы или суммы страховой выплаты. Франшиза может быть условной или безусловной.

1.22.1. Условная франшиза – франшиза, предусматривающая освобождение Страховщика от ответственности за ущерб, не превышающий размера франшизы, но если размер ущерба превышает установленную Договором страхования франшизу, то Страховщик возмещает ущерб полностью.

1.22.2. Безусловная франшиза – франшиза, предусматривающая уменьшение суммы страховой выплаты Страховщиком на размер установленной Договором страхования франшизы.

1.23. Агрегатная страховая сумма – страховая сумма, уменьшающаяся в течение действия Договора после осуществления страховой выплаты на сумму страховой выплаты.

1.24. Льготный период – период времени, в течение которого Договор страхования остаётся действующим в случае, если Страхователь не уплатил очередной страховой взнос в срок, установленный в Договоре страхования. Датой начала льготного периода является день, следующий за датой, когда страхователь не уплатил сумму задолженности по очередному страховому взносу в соответствии с Договором страхования.

1.25. Период ожидания – период сразу после получения травмы или начала заболевания (подтвержденные медицинскими учреждениями), в течение которого не производятся страховые выплаты по Договору страхования; обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании периода ожидания. Данный период определяется Договором страхования и может быть установлен в целом или по отдельным страховым рискам.

1.26. Клиент – физическое или юридическое лицо, обратившееся к посреднику для получения какой-либо услуги.

1.27. Посредник – любое юридическое лицо, не являющееся Страховщиком, оказывающее какие-либо услуги третьим лицам (клиентам).

1.28. Созаемщик – лицо, доходы которого учитываются кредитором при определении суммы кредита (займа), имеющее равные права и обязанности с Заемщиком по кредиту (займу), несущее ответственность перед кредитором по погашению кредита (займа).

1.29. Поручитель – лицо, отвечающее перед кредитором по обязательствам Заемщика и созаемщика в случае неисполнения последними своих обязательств.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Акционерное общество Страховая компания «Альянс» - созданное для осуществления страховой деятельности и получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

2.2. Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Применительно к настоящим Правилам в качестве Страхователя могут выступать:

2.2.1. дееспособные физические лица - в возрасте от 18 (восемнадцать) лет на дату заключения Договора страхования;

2.2.2. юридические лица любой организационно-правовой формы.

Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.

2.3. Застрахованным лицом может быть дееспособное физическое лицо или физическое лицо в возрасте до 18 лет, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни, здоровью, застрахованы по настоящим Правилам страхования.

В соответствии с настоящими Правилами страхования Застрахованными лицами, в т.ч., могут являться: Заемщики и члены их семей; созаемщики; поручители; физические лица - клиенты посредника; физические лица, если Страхователем является юридическое лицо - клиент посредника.

2.4. Выгодоприобретатель - лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.

Договор страхования от несчастных случаев и болезней (естественных причин, заболеваний) (далее – страхование от несчастных случаев и болезней) может быть заключен в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, но только с письменного согласия Застрахованного лица.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. По страхованию от несчастных случаев и болезней объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

3.2. Территория распространения страховой защиты по страхованию от несчастных случаев и болезней: весь мир за исключением зон военных действий, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. События, на случай наступления которых производится страхование (страховые риски), указываются в Договоре страхования.

4.2. По страхованию от несчастных случаев и болезней рисками, на случай наступления которых может производиться страхование, в соответствии с настоящими Правилами являются:

4.2.1. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая (далее - Смерть НС);

4.2.2. Смерть Застрахованного лица в результате болезней (естественных причин, заболевания) («Смерть ЕП»);

4.2.3. Признание Застрахованного лица умершим на основании вступившего в законную силу решения суда;

4.2.4. Постоянная полная утрата трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I группы инвалидности в результате несчастного случая/ установление I группы инвалидности в результате несчастного случая (далее – ППУТ НС);

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая до достижения 18 лет.

4.2.5. Постоянная полная утрата трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания)/установление I группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания; далее – ППУТ ЕП); Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате болезни до достижения 18 лет.

4.2.6. Утрата трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности в результате несчастного случая /установление I, II или III группы инвалидности в результате несчастного случая (далее – УТ НС);

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая. При этом к I группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет; ко II группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 2 года; к III группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 1 год.

В Договоре страхования может быть предусмотрено страхование только на случай установления I и II группы инвалидности.

4.2.7. Утрата трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания)/установление I, II или III группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания; далее – УТ ЕП);

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате естественных причин. При этом к I группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет; ко II группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 2 года; к III группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 1 год.

В Договоре страхования может быть предусмотрено страхование только на случай установления I и II группы инвалидности.

4.2.8. Постоянная полная потеря общей трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I или II группы инвалидности в результате несчастного случая /потеря трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности в результате несчастного случая (далее - ПППОТ НС);

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая. При этом к I группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет; ко II группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 2 года; к III группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 1 год.

В Договоре страхования может быть предусмотрено страхование только на случай установления I и II группы инвалидности.

4.2.9. Постоянная полная потеря общей трудоспособности с установлением Застрахованному лицу I или II группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания) / потеря трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности в результате болезней (естественных причин, заболевания; далее - ПППОТ ЕП»);

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет этот риск понимается как установление категории «ребенок-инвалид» в результате естественных причин. При этом к I группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет; ко II группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 2 года; к III группе инвалидности приравнивается установление категории «ребенок-инвалид» на 1 год.

В Договоре страхования может быть предусмотрено страхование только на случай установления I и II группы инвалидности. Не допускается одновременно страховать риски, указанные:

- в п.п. 4.2.4. и 4.2.5. Правил с рисками, указанными в п.п. 4.2.6., 4.2.7. Правил;
- в п.п. 4.2.4. и 4.2.5. Правил с рисками, указанными в п.п. 4.2.8., 4.2.9. Правил;
- в п.п. 4.2.6. и 4.2.7. Правил с рисками, указанными в п.п. 4.2.8., 4.2.9. Правил.

4.2.10. Постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая;

4.2.11. Постоянная утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания);

4.2.12. Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате несчастного случая (далее - ВПУТ НС) / Временная полная потеря общей трудоспособности в результате несчастного случая (далее - ВППОТ НС). Договором страхования может быть предусмотрен один из двух дополнительных вариантов покрытия:

а) Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате несчастного случая, повлекшая за собой необходимость лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (в т.ч. нахождение в реанимации)/ Временная полная потеря общей трудоспособности в результате несчастного случая, повлекшая за собой необходимость лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (в т.ч. нахождение в реанимации);

б) Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате несчастного случая, повлекшая за собой необходимость проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства/Временная полная потеря общей трудоспособности в результате несчастного случая, повлекшая за собой необходимость проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства;

4.2.13. Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания) (далее - ВПУТ ЕП)/Временная полная потеря общей трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания, далее - ВППОТ ЕП). Договором страхования может быть предусмотрен один из двух дополнительных вариантов покрытия:

а) Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания), повлекшая за собой необходимость лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (в т.ч. нахождение в реанимации)/ Временная полная потеря общей трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания), повлекшая за собой необходимость лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (в т.ч. нахождение в реанимации);

б) Временная полная утрата Застрахованным лицом трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания), повлекшая за собой необходимость проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства/Временная полная потеря общей трудоспособности в результате болезней (естественных причин, заболевания), повлекшая за собой необходимость проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства.

4.2.14. Датой наступления страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.1., 4.2.2. настоящих Правил страхования, является дата смерти Застрахованного лица.

Датой наступления страхового случая по риску, указанному в п.п. 4.2.3. настоящих Правил страхования, является день вступления в законную силу решения суда об объявлении (Застрахованного лица) умершим, но не позднее окончания периода действия Договора страхования.

4.2.15. Датой наступления страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.4., 4.2.5. настоящих Правил страхования, является дата установления Застрахованному лицу I группы инвалидности, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Датой наступления страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.6- 4.2.9. настоящих Правил страхования, является дата установления Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с Классификациями.

4.2.16. Датой наступления страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.10., 4.2.11. настоящих Правил страхования, является дата установления Застрахованному лицу постоянной утраты профессиональной трудоспособности, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.2.17. Датой наступления страхового случая по рискам, указанным в п. п. 4.2.12., 4.2.13. настоящих Правил страхования, является дата наступления временной нетрудоспособности.

4.3. Для событий, указанных в п.4.2.1. – 4.2.13. настоящих Правил страхования (за исключением п.4.2.3.) и явившихся следствием несчастного случая или болезней (естественных причин, заболеваний), Договором страхования дополнительно может предусматриваться расширенный срок предъявления претензии. Применительно к настоящим Правилам, под расширенным сроком предъявления претензии понимается период времени, в течение которого, события, произошедшие после окончания действия Договора, признаются страховым случаем и страховая выплата осуществляется при условии, что причины, повлекшие данные события, возникли в течение действия Договора страхования.

Продолжительность данного периода, если он предусмотрен Договором, указывается в Договоре страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. В соответствии с настоящими Правилами страхования Страховщик не возмещает расходы, связанные с:

5.1.1. возмещением морального ущерба или вреда деловой репутации;

- 5.1.2.** возмещением ущерба, возникшего в результате сговора между сторонами Кредитного договора (договора займа);
- 5.1.3.** курсовой разницей, которую Страхователь обязан оплатить по Кредитному договору;
- 5.1.4.** неустойками, штрафами, пенями, иными санкциями и платежами, которые Страхователь обязан уплатить при заключении либо расторжении Кредитного договора (в т.ч. в связи с досрочным или частично досрочным погашением Кредитного договора);
- 5.1.5.** упущенной выгодой.
- 5.2. Не признается страховым случаем и страховая выплата не производится, если прямые и непосредственные причины наступления события, имеющего признаки страхового, начали действовать до вступления Договора страхования в силу (исключая болезни, указанные застрахованным в заявлении на страховании) или когда событие, имеющее признаки страхового, наступило вследствие:**
- 5.2.1.** воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, техногенных аварий или катастроф, любого рода загрязнением или заражением химическими или биологическими веществами и материалами, не свойственными для данной местности в данном количестве (или пропорции);
- 5.2.2.** официально признанных случаев¹ эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф);
- 5.2.3.** военных действий, маневров или иных военных мероприятий;
- 5.2.4.** гражданской войны, народных волнений или забастовок, террористических актов или захвата заложников, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования;
- 5.2.5.** умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя.
- 5.2.6.** причин, о которых Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил в заявлении на страхование, о существовании которых Страхователю (Застрахованному лицу) было известно на момент заключения Договора страхования, при условии, что в заявлении на страхование были соответствующие вопросы.
- 5.3. По страхованию от несчастных случаев и болезней на страхование не принимаются следующие лица:**
- 5.3.1.** имеющие установленную инвалидность любой группы/имеющие основания для присвоения группы инвалидности/имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу;
- 5.3.2.** больные онкологическими заболеваниями;
- 5.3.3.** ВИЧ инфицированные лица/больные с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- 5.3.4.** больные с заболеваниями сердечно – сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, аневризма аорты, аневризма сосудов головного мозга, пороки сердца с тяжелыми нарушениями гемодинамики;
- 5.3.5.** больные заболеваниями опорно – двигательного аппарата: артрозы, артриты, грыжи дисков, остеохондроз;
- 5.3.6.** больные заболеваниями почек: хронические пиелонефриты, гломерулонефриты; больные с хронической почечной недостаточностью;
- 5.3.7.** больные инфекционными заболеваниями: хронические гепатиты В и С, туберкулез, цирроз печени, состояния иммунодефицита;
- 5.3.8.** состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном диспансерах;
- 5.3.9.** больные заболеваниями эндокринной системы: сахарный диабет, гипоталамо-гипофизарная недостаточность;
- 5.3.10.** больные заболеваниями пищеварительной системы: хронический панкреатит синдром мальабсорбции, язвенный колит, болезнь Крона, цирроз печени, трансплантация печени;
- 5.3.11.** с врожденными аномалиями;
- 5.3.12.** лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы.

Страховщик имеет право принять на страхование лиц, перечисленных в пп. 5.3. Правил, только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование или о нахождении лица под следствием/в местах лишения свободы. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в п. 5.3. Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, то Страховщик имеет право признать заключенный в отношении указанного лица Договор страхования недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также отказать в осуществлении страховых выплат по такому Договору страхования.

5.4. По страхованию от несчастных случаев и болезней не признаются страховыми случаями и страховая выплата не производится, если:

5.4.1. события, указанные в п. 4.2. настоящих Правил страхования:

5.4.1.1. связаны с косметическими и пластическими операциями, операциями по перемене пола, по стерилизации или лечению бесплодия, удалением материала, занесенного во время прошлых операций;

¹ Случаи эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф) официально признаются наступившими путем объявления чрезвычайного положения, вводимого Указом Президента Российской Федерации. При этом, Указ Президента Российской Федерации о введении чрезвычайного положения подлежит незамедлительному обнародованию по каналам радио и телевидения, а также незамедлительному официальному опубликованию.

Также доказательствами, подтверждающими природные (стихийные) бедствия, либо иные неблагоприятные условия, а также доказательствами случаев эпидемий или пандемий могут служить справки метеослужбы, органов МЧС, санитарного надзора и т. п.

- 5.4.1.2.** связаны с беременностью, родами, абортom (в случае, если Страховщик не был должным образом извещен об этом при заключении Договора страхования или во время действия Договора страхования; данные состояния никогда не являются страховыми случаями по рискам, указанным в пунктах 4.2.12. и 4.2.13);
- 5.4.1.3.** вызваны профессиональными или общими заболеваниями, имевшими место до даты заключения Договора страхования (если эти заболевания не были указаны Застрахованным лицом в заявлении на страхование);
- 5.4.1.4.** произошли во время или в результате нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 5.4.1.5.** стали результатом самоубийства или покушения на самоубийство в первые 2 (два) года действия Договора страхования;
- 5.4.1.6.** стали результатом убийства или покушения на убийство в первый 1 (один) год действия Договора страхования;
- 5.4.1.7.** стали результатом умышленных действий лиц, не являющихся третьими лицами по Договору страхования;
- 5.4.1.8.** стали результатом совершения Застрахованным лицом противоправных действий (в т.ч. совершенных Застрахованным лицом до заключения Договора страхования);
- 5.4.1.9.** стали результатом отравления Застрахованного лица вследствие потребления им наркотических, сильнодействующих и/или психотропных веществ без предписания лечащего врача соответствующей квалификации;
- 5.4.1.10.** стали результатом управления Застрахованным лицом источником повышенной опасности, которым являются средства транспорта или другие моторные машины, аппараты и др., без права такого управления, а также заведомой передачи управления лицу, не имевшему права управления или находившемуся в состоянии опьянения;
- 5.4.1.11.** произошли во время или в результате прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах, учениях;
- 5.4.1.12.** связаны с арестом, заключением под стражу, лишением свободы Застрахованного лица;
- 5.4.1.13.** произошли во время или в результате полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом (кроме случаев исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, о характере которых Страховщик был уведомлен при заключении Договора страхования или во время действия Договора страхования);
- 5.4.1.14.** произошли во время или в результате занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, участия в любых соревнованиях, в том числе с использованием моторизованного наземного, водного или воздушного транспортного средства, а также занятий следующими видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта (парашют, дельтаплан, планер и др.), парусный спорт, альпинизм, скалолазание, боевые единоборства, подводное плавание (погружение на глубину более 25 метров), горные лыжи, сноубординг; а также во время сплава по бурным потокам, кейвинга, охоты с использованием любого вида оружия и других опасных хобби, связанных с риском для жизни, если иное не предусмотрено Договором страхования (в случае, если Страховщик не был должным образом извещен об этом при заключении Договора страхования или во время действия Договора страхования);
- 5.4.1.15.** наступили в результате заболеваний, о наличии признаков которых до заключения Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо знал или предполагал (лечился самостоятельно), но не обращался за врачебной помощью, и о наличии таких признаков Страховщику в заявлении на страхование не сообщил;
- 5.4.2.** события, указанные в п. 4.2.10., 4.2.11. настоящих Правил страхования, были вызваны:
- 5.4.2.1.** онкологическими заболеваниями;
- 5.4.2.2.** заболеваниями сердечно – сосудистой системы: инфаркт, инсульт, аневризма аорты, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца с тяжелыми нарушениями гемодинамики;
- 5.4.2.3.** заболеваниями опорно–двигательного аппарата: артрозы, артриты, грыжи дисков, ревматизм;
- 5.4.2.4.** заболеваниями почек: хронические пиелонефриты, гломерулонефриты, хроническая почечная недостаточность;
- 5.4.2.5.** инфекционными заболеваниями: хронические гепатиты В и С, туберкулез, цирроз печени, состояния иммунодефицита.
- 5.5.** Список исключений может быть изменен по соглашению Сторон в рамках Договора страхования относительно настоящих Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

- 6.1.** Ответственность Страховщика по любому из страховых рисков ограничена страховой суммой по данному риску.
- 6.2.** Договором страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза. Франшиза определяется по соглашению Сторон при заключении Договора страхования. Установленная Договором страхования франшиза применяется к каждому страховому случаю.
- 6.3.** Страховая сумма по страхованию от несчастных случаев и болезней устанавливается по соглашению Сторон. Страховая сумма является агрегатной по всем рискам, связанным со страхованием от несчастных случаев и болезней, произошедших в течение одного периода страхования. По рискам, указанным в п. 4.2.12 и п. 4.2.13. Правил, может устанавливаться отдельная для данных рисков агрегатная страховая сумма.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

- 7.1.** Страховая премия по Договору страхования, подлежащая уплате Страхователем, определяется на основе страховой суммы и страхового тарифа.

7.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска (в т.ч. в части страхования от несчастных случаев и болезней).

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

7.3. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными деньгами в кассу Страховщика, представителю Страховщика (страховому агенту) или путем безналичных расчетов. Порядок уплаты страховой премии определяется Договором страхования.

7.4. Если страховая сумма по Договору страхования установлена в иностранной валюте, уплата страховой премии производится Страхователем в рублевом эквиваленте по курсу Банка России на дату совершения платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.5. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы. Страховщик вправе применять разработанные им страховые тарифы, а также поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет заявление на страхование в устной или письменной форме, установленной Страховщиком, а также:

8.1.1. Сведения о Страхователе-юридическом лице²:

- а) наименование;
- б) идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);
- в) государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);
- г) дата и место государственной регистрации³;
- д) наименование регистрирующего органа³;
- е) адрес местонахождения (юридический адрес)³;
- ж) фактический адрес;
- з) почтовый адрес;
- и) бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица в п.8.1.3 ниже);
- к) единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц в п.8.1.3 ниже);
- л) резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- м) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

8.1.2. Сведения о Страхователе-индивидуальном предпринимателе²:

- а) фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- б) гражданство;
- в) дата и место рождения;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- д) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- е) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- ж) идентификационный номер налогоплательщика;
- з) государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- и) дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- к) наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- л) адрес местонахождения;
- м) адрес места регистрации;
- н) почтовый адрес;
- о) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

8.1.3. Сведения о Страхователе-физическом лице²:

- а) фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- б) гражданство;
- в) дата и место рождения;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- д) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- е) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

² Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся выгодоприобретателями (лицами, ответственность которых застрахована, застрахованными лицами) по договору страхования.

³ Данные из свидетельства о государственной регистрации российского юридического лица; для иностранных лиц – данные, содержащиеся в документах о государственной регистрации государства учреждения и/или в свидетельстве о постановке на налоговый учёт в Российской Федерации.

- ж) идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- з) бенефициарный владелец.

8.1.4. Также Страхователь представляет следующие документы:

- а). документ, удостоверяющий личность Страхователя - физического лица и Застрахованного лица;
 - б). документы с результатами медицинских обследований, подтверждающих сведения, указанные в заявлении на страхование;
 - в). документы из лечебных учреждений, подтверждающие ранее перенесенные заболевания (амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты; выписные эпикризы, заключения медицинских специалистов, результаты гистологических исследований, результаты анализов);
 - г). декларация о неизменном состоянии здоровья страхователя/застрахованного (прим.: заполняется при пролонгации);
 - д). копия Кредитного договора; Копия решения Кредитного комитета Банка об одобрении заявки на получение кредита; копия Договора поручительства; документов, официально подтверждающих доход Застрахованного лица;
 - е). уставные документы, бухгалтерский баланс за последние 3 года, отчет о прибылях и убытках за последние 3 года, налоговая отчетность за последние 3 года (если заемщиком является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, а застрахованным лицом является генеральный директор или иная ключевая персона заемщика).
- Для заключения Договора страхования Страховщиком могут быть затребованы документы, подтверждающие сведения, изложенные в заявлении на страхование.

8.2. Страховщик вправе сократить вышеуказанные перечни.

8.3. Договор страхования может быть заключен:

- 8.3.1.** путем составления и подписания Страхователем и Страховщиком единого документа – Договора страхования;
- 8.3.2.** путем вручения Страховщиком Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком. Своей подписью в Полисе Страхователь подтверждает факт получения Правил/Условий страхования, а также ознакомления и согласия с ними.

8.4. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

8.5. Договор страхования вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

8.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая защита по Договору распространяется на события, произошедшие: с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём уплаты страховой премии в размере, установленном Договором страхования.

(ИЛИ: с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии в размере, установленном Договором страхования, но не ранее дня фактического предоставления кредита по Кредитному договору).

8.7. Договор страхования действует до 24 часов 00 минут дня, указанного в Договоре страхования, как день окончания его действия.

8.8. В процессе действия многолетнего договора страхования выделяются периоды страхования на каждый из которых устанавливается отдельная страховая сумма, страховой тариф и страховая премия.

8.9. При оплате очередного периода страхования возможно снижение размера страховой суммы и премии по Договору страхования за очередной период или периоды страхования с согласия Страхователя. Снижение размера страховой суммы и премии по Договору может производиться путем направления Страхователю письма с приложением счета на оплату с измененной страховой премией и нового графика страховых сумм и премий. Оплата Страхователем данного счета расценивается как согласие Страхователя на снижение страховой суммы и премии за очередной период (периоды) страхования. При этом в письме, направляемом Страхователю, должно быть указано, что оплата направленного вместе с письмом счета расценивается как согласие Страхователя на снижение размера страховой суммы и премии за очередной период (периоды) страхования. В случае несогласия Страхователя со снижением размера страховой суммы и премии, Страхователь не должен производить оплату приложенного счета. В этом случае страхователь обязан уплатить страховую премию за очередной период страхования в соответствии с действующими условиями Договора страхования.

8.10. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денежных средств в кассу Страховщика в размере, установленном Договором страхования, либо день передачи денежных средств Страхователем представителю Страховщика при оплате наличными или день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика при оплате безналичным перечислением, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.11. Днем фактического предоставления денежных средств по Кредитному договору является день перечисления средств Кредитором (Залогодержателем) на банковский целевой счет Страхователя или получения Страхователем наличных денежных средств в кассе Кредитора (Залогодержателя).

8.12. При уменьшении размера страховой суммы, исключении одного или нескольких рисков из состава страхуемых рисков Страхователь имеет право на возврат части ранее уплаченной им Страховщику премии пропорционально оплаченному, но не использованному периоду страхования за вычетом произведенных Страховщиком расходов на ведение дел, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.13. В случае утраты Договора страхования Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат, после чего утраченный экземпляр считается недействительным и выплаты по нему не производятся. Первый дубликат выдается Страхователю бесплатно, каждый последующий за плату, рассчитанную, исходя из расходов на изготовление и оформление Договора страхования.

8.14. В договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в Договор и не действуют в конкретных условиях страхования.

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования прекращается досрочно в следующих случаях:

9.1.1. Стороны выполнили обязательства по Договору страхования в полном объеме. В этом случае Договор страхования прекращает свое действие с момента выполнения Сторонами своих обязательств;

9.1.2. возможность наступления страхового случая отпала или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Договор страхования прекращает свое действие с даты возникновения таких обстоятельств, и Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально оплаченному, но не использованному периоду страхования за вычетом произведенных расходов Страховщика на ведение дел;

9.1.3. Страхователь не уплатил сумму задолженности в полном размере по очередному страховому платежу в течение льготного периода. В этом случае Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о досрочном прекращении действия Договора страхования. Датой прекращения действия Договора страхования является дата, указанная в уведомлении. При этом уплаченная Страхователем сумма премии возврату не подлежит. Длительность льготного периода устанавливается Договором страхования.

9.1.4. Договор страхования прекращает свое действие в части страхования от несчастных случаев и болезней в отношении каждого Застрахованного лица отдельно после выполнения Страховщиком своих обязательств по страховой выплате в полном объеме в отношении соответствующего Застрахованного лица.

9.1.5. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон или по основаниям и в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

9.2. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, но не ранее, чем по истечении определенного Договором страхования срока с момента письменного уведомления Страховщика. Договор страхования прекращает действовать с даты, указанной Страхователем в письменном заявлении, но не ранее, чем по истечении определенного Договором страхования срока с момента письменного уведомления Страховщика. При досрочном отказе Страхователя - юридического лица от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.3. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в порядке, установленном настоящим пунктом.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, и до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком Страхователю в полном объеме.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Возврат Страхователю страховой премии за не истекший период страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования в порядке, установленном настоящим пунктом, содержащего указание на выбранный Страхователем способ получения подлежащей возврату части страховой премии (наличными деньгами или в безналичном порядке, в случае выбора безналичного порядка Страхователем в заявлении указываются полные реквизиты для перечисления денежных средств).

9.4. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в случае нарушения Страхователем условий Договора страхования путем обращения в суд. В этом случае премия по Договору возврату не подлежит.

9.5. При досрочном погашении Страхователем остатка ссудной задолженности по Кредитному договору Страхователь вправе отказаться от Договора страхования путем письменного уведомления Страховщика. Договор страхования прекращает действовать с даты, указанной Страхователем в письменном заявлении, но не ранее даты подачи письменного заявления Страховщику. Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально оплаченному, но не использованному периоду страхования за вычетом произведенных Страховщиком расходов на ведение дел.

Договором страхования может быть предусмотрено условие, в соответствии с которым Договор страхования прекращает свое действие с момента погашения Страхователем остатка ссудной задолженности по Кредитному договору. При этом Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально оплаченному, но не использованному периоду страхования за вычетом произведенных Страховщиком расходов на ведение дел. Для получения части неиспользованной страховой премии Страхователь должен обратиться к Страховщику до даты окончания последнего оплаченного периода страхования по Договору с письменным заявлением о возврате части страховой премии.

9.6. При досрочном расторжении/прекращении Договора страхования возврат страховой премии осуществляется по официальному курсу иностранной валюты, установленному на дату уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

9.7. Договор страхования может содержать иные условия досрочного прекращения, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. При заключении Договора страхования и в период его действия Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

10.2. Страхователь (Застрахованное лицо) несет ответственность за достоверность сведений, представленных в Заявлении на страхование, в иных предоставленных Страховщику документах, характеризующих степень риска и в ответах на письменные запросы Страховщика, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.3. Любые сведения и уведомления Страхователем должны быть предоставлены способом, позволяющим объективно зафиксировать факт и время сообщения сведений (почтой, заявлением, электронной почтой). Любое сообщение в устной форме (в т.ч. по телефону) в дальнейшем должно быть продублировано способом, позволяющим зафиксировать факт и время сообщения сведений.

Уведомление о фактическом наступлении неожиданного события, изменяющего степень риска, должно быть сделано в течение 3 (Три) суток (кроме случаев изменения состояния здоровья застрахованного лица).

Уведомление о планируемом событии или действиях, способных изменить степень риска, должно быть сделано до фактического наступления событий или совершения действий.

При устной форме сообщения датой уведомления является дата поступления письменного уведомления в офис Страховщика.

Доказательством выполнения Страхователем обязанности по уведомлению Страховщика является только письменное уведомление, направленное в адрес Страховщика по почте России или сданное лично в канцелярию Страховщика или под роспись уполномоченного сотрудника Страховщика.

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. оплачивать страховые взносы в сроки и в размерах, указанных в Договоре страхования;

10.4.2. сообщать Страховщику:

10.4.2.1. об изменении Застрахованным лицом рода деятельности (в том числе о смене профессии, занятиях следующими видами спорта на профессиональной или любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, горнолыжные виды спорта, альпинизм, боевые единоборства, подводное плавание, стрельба, участие в охоте с применением любого вида оружия и другими видами спорта, сопряженными с повышенными рисками);

10.4.2.2. об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на степень риска, в том числе произошедших во время действия Договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и Договоре);

10.4.2.3. о смене пола Застрахованным лицом;

10.4.2.4. о получении Застрахованным лицом или его родственниками угроз физической расправы со стороны третьих лиц или иных противоправных действиях третьих лиц, способных повлечь наступление страхового случая;

10.4.2.5. о существенных изменениях в состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного лица) в течение 30 (тридцать) суток, начиная со дня, когда ему стало известно о данных изменениях;

10.4.2.6. об отъезде Застрахованного лица за пределы Российской Федерации на срок более 60 (шестьдесят) суток.

10.4.3. При наступлении события, имеющего признаки страхового:

10.4.3.1. незамедлительно, но в любом случае, не позднее 3-х дней (за исключением выходных и праздников), после того, как Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о наступлении такого события, заявить/сообщить о произошедшем в компетентные органы (государственные или частные медицинские учреждения, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи населению и т.д.);

10.4.3.2. уведомить Страховщика о случившемся любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт обращения в течение 30 (тридцать) суток с момента наступления события, обладающего признаками страхового случая;

10.5. Страхователь имеет право:

10.5.1. получать документы, подтверждающие внесение Страхователем очередного страхового взноса;

10.5.2. получить оригинал Договора страхования и его дубликат в случае утраты;

10.5.3. получить Правила и/или Условия страхования, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен Договор страхования;

10.5.4. получать разъяснения по заключенному Договору страхования;

10.5.5. получать от Страховщика информацию о его финансовых показателях, не являющуюся коммерческой тайной;

10.5.6. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

10.5.7. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением требований, предусмотренных в настоящих Правилах и законодательстве Российской Федерации;

10.5.8. вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;

10.5.9. досрочно расторгнуть Договор страхования в соответствии с п.9.2. настоящих Правил.

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. выдать экземпляр Договора страхования и Правил/Условий страхования;

10.6.2. выдать дубликат Договора страхования в случае его утраты Страхователем на основании письменного заявления последнего;

10.6.3. произвести страховую выплату или отказать в страховой выплате в соответствии с разделом 11 настоящих Правил или на основании вступившего в законную силу решения суда;

10.6.4. соблюдать требование законодательства о защите персональных данных, защищать от распространения информацию о персональных данных Застрахованных лиц, переданную Страховщику, и нести ответственность за надлежащее обеспечение сохранности, конфиденциальности и безопасности при обработке персональных данных, в соответствии с законодательством РФ.

10.7. Страховщик имеет право:

10.7.1. проверять достоверность информации, сообщаемой Страхователем любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации, в том числе назначать соответствующие экспертизы, запрашивать дополнительные сведения;

10.7.2. потребовать расторжения Договора страхования в одностороннем порядке при нарушении Страхователем условий Договора страхования;

10.7.3. потребовать признания Договора страхования недействительным, если в результате исследования Страховщиком документов, полученных по запросу Страховщика, в том числе из компетентных органов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) в подтверждение наступления страхового случая или в ходе рассмотрения дела в суде, будет установлено, что при заключении Договора и/или в период действия Договора имели место сообщение Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику заведомо ложных сведений;

10.7.4. потребовать расторжения Договора страхования, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не сообщил Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора, а также указанных в п.10.4.3. настоящих Правил.

10.7.5. отказать в страховой выплате при несвоевременном уведомлении Страховщика о наступлении страхового случая или события, результатом которого может быть наступление страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая (события), либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховую выплату;

10.7.6. отказать в страховой выплате, если по результатам исследования Страховщиком документов, полученных по запросу Страховщика, в том числе из компетентных органов, не будут установлены признаки страхового события;

10.7.7. принимать участие в качестве третьего лица в суде при рассмотрении любого дела, связанного со страховым случаем;

10.7.8. пересмотреть размер очередного страхового взноса и/или условий страхования в случае изменения степени риска в период действия Договора страхования;

10.7.9. досрочно расторгнуть Договор страхования в соответствии с п. 9.3. настоящих Правил.

10.8. При заключении Договора страхования права и обязанности Страхователя и Страховщика могут быть изменены по Соглашению Сторон в рамках настоящих Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. По страхованию от несчастных случаев и болезней:

11.1.1. По рискам, указанным в п.п. 4.2.1– 4.2.3. настоящих Правил страхования, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату наступления страхового случая;

11.1.2. По рискам, указанным в п.п. 4.2.4. - 4.2.9. настоящих Правил страхования, страховая выплата производится:

11.1.2.1. при установлении I группы инвалидности (или категории «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет) - в размере 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату наступления страхового случая;

11.1.2.2. при установлении II группы инвалидности (или категории «ребенок-инвалид» на срок 2 года) - в размере до 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату наступления страхового случая;

11.1.2.3. при установлении III группы инвалидности (или категории «ребенок-инвалид» на срок 1 год) - в размере до 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования на дату наступления страхового случая.

11.1.3. Договором может быть предусмотрен следующий порядок осуществления выплат по рискам, указанным в п.п. 4.2.4.- 4.2.9. настоящих Правил:

11.1.3.1. утрата трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности (установление I и II группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования/первичное установление бессрочной инвалидности) влечет обязанность Страховщика по страховой выплате в размерах, указанных в п.п. 11.1.2.1., 11.1.2.2. настоящих Правил страхования;

11.1.3.2. утрата трудоспособности с установлением I или II группы инвалидности (установление I или II группы инвалидности) с предусмотренной 1 раз в 2 года, либо 1 раз за 1 год процедурой переосвидетельствования влечет обязанность Страховщика по страховой выплате аннуитетных платежей с даты установления инвалидности (либо с даты подтверждения инвалидности при переосвидетельствовании), до даты повторного переосвидетельствования⁴;

11.1.3.3. вторая или последующая процедуры переосвидетельствования, результатом которых является установление I или II группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования (бессрочная инвалидность), влечет обязанность Страховщика по страховой выплате в размере страховой суммы, установленной в Договоре на дату

⁴ Здесь и далее аннуитетный платеж – ежемесячный равный платеж, производимый Страхователем в погашение кредита по кредитному договору, установленный на дату установления инвалидности, либо на дату подтверждения инвалидности (при переосвидетельствовании).

наступления первого соответствующего страхового случая по риску утраты трудоспособности, уменьшенной на общую сумму страховой выплаты, произведенной Страховщиком по страховым случаям по риску утраты трудоспособности или в размере остатка ссудной задолженности на дату установления бессрочной инвалидности (указывается в Договоре страхования);

11.1.3.4. в случае если 12 (при страховой выплате в соответствии с порядком, предусмотренным п. 11.1.3.3. настоящих Правил) или 24 (при страховой выплате в соответствии с порядком, предусмотренным п. 11.1.3.2. настоящих Правил) аннуитетных платежей составляют сумму, большую, чем остаток ссудной задолженности Страхователя по кредиту, Страховщик при установлении инвалидности выплачивает остаток ссудной задолженности, если иное не предусмотрено Договором;

11.1.3.5. Страховщик вправе в любой момент по своему усмотрению произвести выплату остатка ссудной задолженности, при этом обязанность Страховщика по осуществлению выплат, предусмотренных подпунктами 11.1.3.2. и 11.1.3.3. настоящих Правил, прекращается.

11.1.4. По рискам, указанным в п.п. 4.2.10., 4.2.11. настоящих Правил страхования, страховая выплата производится в размере до 100% от страховой суммы, установленной для данных рисков, конкретный размер страховой выплаты (в проценте от страховой выплаты) устанавливается Договором.

Если условиями страхования не предусмотрено иное, обязательства Страховщика по страховой выплате по рискам, указанным в п. 4.2.10., 4.2.11. распространяются только на время утраты трудоспособности Застрахованным лицом в период действия Договора страхования

11.1.5. По страхованию от несчастных случаев и болезней по рискам, указанным в п. п. 4.2.12., 4.2.13. настоящих Правил страхования, страховая выплата производится в размере:

а) 1/365 от страховой суммы, установленной в Договоре страхования для данного риска на дату наступления страхового случая, за каждый день нетрудоспособности по всем страховым случаям, произошедшим по данному риску в течение 1 (Один) года страхования.

Размер страховой выплаты за каждый день нетрудоспособности может быть изменен Договором страхования в пределах от 0.01% до 5% от страховой суммы, установленной в Договоре страхования для данного риска.

Период ожидания и максимальный оплачиваемый период устанавливается Договором страхования. Период ожидания не может превышать 90 (Девяносто) дней.

б) по рискам, предусмотренным п. 4.2.12 – процент от страховой суммы, установленной в Договоре страхования для данного риска на дату наступления страхового случая, в соответствии с Таблицей страховых выплат по соответствующему страховому продукту.

Конкретный вариант страховой выплаты указывается в Договоре страхования.

11.2. Страховая выплата производится за вычетом выплаченных ранее сумм по страховому случаю, наступившему с тем же Застрахованным лицом в результате того же несчастного случая или заболевания.

11.3. Размер страховой выплаты по страхованию от несчастных случаев и болезней может быть изменен по Соглашению Сторон в рамках настоящих Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

11.4. В договор страхования, страховая сумма по которому установлена в иностранной валюте, могут быть включены следующие положения:

«Если настоящий Договор заключен в валюте иной, чем рубль Российской Федерации, страховая выплата производится в рублях по курсу Банка России на день наступления страхового случая. При этом величина изменения курса валюты при проведении страховой выплаты не может превышать 15% (если иное не предусмотрено Договором) от курса валюты на дату заключения настоящего Договора».

При этом если в течение срока действия Договора официальный курс валюты более чем на 15% (если иное не предусмотрено Договором) превысит курс на дату заключения настоящего Договора, Страхователь вправе потребовать подписания Дополнительного соглашения об исключении данного положения из Договора страхования при условии доплаты страховой премии, определенной Страховщиком.

11.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая выплата производится:

11.5.1. в рублевом эквиваленте по курсу Банка России на дату утверждения Страховщиком суммы страховой выплаты (в случае установления страховой суммы в иностранной валюте);

11.5.2. в наличной или безналичной форме;

11.5.3. при необходимости - представителю Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11.5.4. если Договором страхования предусмотрена страховая выплата нескольким Выгодоприобретателям, выплата производится им в долях, предусмотренных в Договоре страхования. Если Договором страхования не предусмотрены размеры доли страховой выплаты для одного или нескольких Выгодоприобретателей, выплата производится этим Выгодоприобретателям в равных долях.

11.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая выплата производится в течение 20 (двадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления о страховом случае и всех необходимых документов в соответствии с настоящими Правилами при условии признании заявленного события страховым случаем.

11.6.1. Принятие решения осуществляется в течение 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Правилами.

11.6.2. Страховая выплата производится Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю, либо их законным представителям в течение 5 (пять) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового Акта.

11.6.3. Уведомление об отказе в выплате направляется Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю, либо их законным представителям в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия соответствующего решения Страховщиком.

11.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик имеет право отсрочить принятие решения об осуществлении страховой выплаты или о признании события не страховым случаем:

11.7.1.1. если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации возбуждено уголовное дело или начато судебное разбирательство - до момента прекращения уголовного дела, либо вступления судебного решения в силу;

11.7.1.2. если в связи с событием, послужившим основанием для требования страховой выплаты, проводится экспертиза с целью установления факта и обстоятельств наступления страхового случая и размера убытков – до момента представления экспертного заключения;

11.7.1.3. если сведений, предоставленных Страхователем недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая, характера и величины убытков – до момента предоставления соответствующих сведений;

11.7.1.4. В случае принятия решения об отсрочке страховой выплаты Страховщик должен направить письменное уведомление Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю, либо их законным представителям в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия такого решения. Решение об отсрочке страховой выплаты может быть принято Страховщиком в сроки, указанные в п. 11.6. настоящих Правил.

12. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ

12.1. Для рассмотрения Страховщиком вопроса о признании события страховым случаем и для осуществления страховой выплаты Страхователь (Выгодоприобретатель) должен представить Страховщику следующие документы:

- а). заявление о страховой выплате;
- б). Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- в). документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, Застрахованного лица (копии страниц с регистрацией и фото); свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае, когда за страховой выплатой обращается законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица);
- г). документ, удостоверяющий право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты (Кредитный договор, договор цессии либо иной аналогичный документ – если применимо);
- д). справка-расчет о сумме задолженности по Кредитному договору, договору цессии либо иному аналогичному документу, если Выгодоприобретателем является кредитор – если применимо;
- е). банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;
- ж). копия Трудовой книжки;
- з). Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- и). медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- к). Результаты проведенных диагностических исследований;
- л). Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- м). Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- н). Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- о). Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного за последние 10 лет до заключения договора страхования до момента наступления события профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;
- п). Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования и до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования и до момента наступления события) и, в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, вышеуказанную информацию из лечебных учреждений, в которые Застрахованный обращался в рамках ДМС (на протяжении 10 лет до заключения договора страхования и до момента наступления события);
- р). Данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования и до момента наступления события.
- с). Данные из страховых компаний по ОМС о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений в

которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения договора страхования и до момента наступления события.

- т). Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- у). Документ, подтверждающий наличие/отсутствие алкоголя в крови на момент поступления/обращения в медицинское учреждение, в случае наличия алкоголя в крови – степени алкогольного опьянения (с указанием содержания алкоголя в крови), а также информацию о наркотическом или токсическом опьянении/Акт (Протокол) медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;
- ф). Документы из компетентных органов и организаций (если их участие в расследовании обстоятельств наступления заявленного события обязательно в соответствии с применимым законодательством) подтверждающих обстоятельства произошедшего события (в том числе - Справка о дорожно - транспортном происшествии и приложение к справке о дорожно - транспортном происшествии, заполняемое при наличии пострадавших, Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела) (если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия);
- х). водительское удостоверение (в случае наступления страхового события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- ц). Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- ч). Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- ш). Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- щ). Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- ы). Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- э). документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом (при наличии);
- ю). документы, подтверждающие факт и причину(-ы) установления инвалидности (Справка(-и) установленного образца об установлении группы инвалидности, Акт(-ы) медико-социальной экспертизы, Направление(-я) на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, Протокол(-ы) проведения медико-социальной экспертизы) в случае установления группы инвалидности (по каждому освидетельствованию, начиная с первичного освидетельствования).

12.2. В случае решения вопроса о страховой выплате по рискам, указанным в п.п. 4.2.1. – 4.2.3. настоящих Правил страхования, дополнительно должны быть представлены следующие документы:

- а). нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
- б). медицинское свидетельство о смерти;
- в). справка о смерти;
- г). посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);
- д). протокол патологоанатомического исследования или Акты судебно-медицинского исследования и судебно-химического исследования, (если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось);
- е). постановление органов внутренних дел/выписка из протокола органов внутренних дел (в случае наступления смерти вне медицинского учреждения);
- ж). оригинал свидетельства о праве на наследство, выданного нотариусом или нотариально заверенная копия свидетельства (если Выгодоприобретателем являлось Застрахованное лицо).

12.2.1. Дополнительные документы по риску, указанному в п. 4.2.3.:

- а). оригинал или нотариально заверенная копия решения суда, вступившего в законную силу, о признании Страхователя (Застрахованного лица) умершим (если Застрахованное лицо было признано умершим по решению суда).

12.3. в случае решения вопроса о страховой выплате по рискам, указанным в п.п. 4.2.4 - 4.2.9. настоящих Правил страхования, дополнительно должны быть представлены следующие документы:

- а). Справка установленного образца об установлении группы инвалидности (в случае повторного установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- б). Акт медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Акты, выданные при предшествующих освидетельствованиях);
- в). Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (в случае повторного установления инвалидности – Направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- г). Протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях);

12.4. в случае решения вопроса о страховой выплате по рискам, указанным в п.п. 4.2.10. - 4.2.11. настоящих Правил страхования, дополнительно должны быть представлены следующие документы:

- а) справка установленного образца об установлении степени утраты трудоспособности;

б) документы, подтверждающие установление степени утраты профессиональной трудоспособности, выданные Бюро медико-социальной экспертизы;

12.5. в случае смерти Застрахованного лица за пределами Российской Федерации дополнительно должны быть представлены следующие документы:

а) нотариально заверенное свидетельство о смерти, выданное уполномоченным органом, врачебное заключение, содержащие посмертный диагноз;

б) справка официальных компетентных органов с описанием обстоятельств наступления несчастного случая (в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая);

12.6. в случае решения вопроса о страховой выплате по рискам, указанным в п.п. 4.2.4 - 4.2.11. настоящих Правил страхования, для граждан, временно проживающих на территории Российской Федерации (иностранцев граждан), не имеющих права на признание их инвалидами, дополнительно должны быть представлены следующие документы:

а) документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, заключение клинико-экспертной комиссии о состоянии здоровья Застрахованного лица с указанием диагноза, признаков ограничений жизнедеятельности (согласно Классификации);

12.7. в случае проживания Застрахованного лица за пределами Российской Федерации для подтверждения постоянной утраты трудоспособности дополнительно необходимо предоставить заявление на прохождение заочной экспертизы, медицинские документы из медицинских учреждений по месту постоянного проживания, содержащие достаточную информацию для проведения экспертизы без обследования Застрахованного лица.

12.8. Если в предоставленных медицинских документах имеются неустранимые противоречия Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком лечебном учреждении; условия проведения медицинской экспертизы определяются Договором страхования.

12.9. Все документы, указанные в п.п. 12.1. – 12.7. настоящих Правил, и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми событиями, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод. Документы, выданные на территории иностранного государства, должны быть надлежащим образом легализованы (с проставлением апостиля, если применимо). В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества. Документы для решения вопроса о страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов либо надлежащим образом заверенных копий (копий, заверенных печатью выдавшего учреждения, подписью уполномоченного лица).

Решение об отсрочке принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком документа, на основании которого такое решение принято. Уведомление направляется Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия Страховщиком решения об отсрочке.

12.10. При проведении страховой экспертизы по рискам, указанным в п.п. 4.2.4. - 4.2.13. настоящих Правил страхования, Застрахованное лицо обязано представлять всю имеющуюся у него информацию о состоянии своего здоровья, самочувствии, а также об обстоятельствах наступления страхового случая.

12.11. Если Застрахованное лицо (Страхователь) отказался представить необходимую для проведения страховой экспертизы информацию, сокрыл какие-то существенные данные или представил неполную или неправильную информацию. о состоянии своего здоровья и обстоятельствах наступления страхового случая, в результате чего Страховщик вынес необоснованное решение о страховой выплате, Страховщик вправе требовать возмещения своих расходов за счет Застрахованного лица (Страхователя).

12.12. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по Договорам страхования между Сторонами, при не достижении взаимного согласия по их урегулированию, разрешаются в судебном порядке:

13.1.1. для юридических лиц - в Арбитражном суде г. Москвы;

13.1.2. для физических лиц - в соответствии с законодательством РФ.

14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

14.1. Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Закона) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных лиц, включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в заявлении на страхование/Договоре (Полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении Договора (Полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в клиентскую базу данных группы компаний Альянс для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. Передача персональных данных Застрахованных лиц происходит с их письменного согласия.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

14.2. Все данные о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, за исключением операций по перестрахованию или если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Информация, полученная Страхователем и/или Застрахованным лицом от Страховщика и помеченная последним как конфиденциальная, не может быть раскрыта третьим лицам без предварительного письменного согласия Страховщика.

15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. Все изменения и дополнения к Договору страхования, а также к сопровождающей его документации, составляются в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения, и подписываются Страхователем, Страховщиком. Договором может быть предусмотрено, что изменения и дополнения к Договору страхования, подписанные Страхователем и Страховщиком, вступают в силу только после уведомления о таком изменении Выгодоприобретателя.

15.2. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страхователя, Страховщика или Выгодоприобретателя, участники Договора страхования обязуются заблаговременно известить друг друга об этом. Если участник Договора страхования не был извещен об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны неизвещенная Сторона освобождается от ответственности за последствия, возникшие в результате такого неинформирования.

15.3. Споры по Договору страхования разрешаются путем переговоров между участниками Договора страхования и всеми заинтересованными лицами. При недостижении взаимного согласия споры передаются на судебное рассмотрение в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

15.4. Договор страхования оформляется в необходимом количестве экземпляров, по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

15.5. В случае если Договор страхования переводится на иностранный язык, текст на русском языке имеет преимущественное значение.

15.6. Требования о страховой выплате могут быть предъявлены Страховщику в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации.