

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ:

- I. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**
- II. **СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.**
- III. **ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.**
- IV. **СТРАХОВЫЕ РИСКИ.**
- V. **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.**
- VI. **ИСКЛЮЧЕНИЯ.**
- VII. **СТРАХОВАЯ СУММА.**
- VIII. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ.**
- IX. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ.**
- X. **ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- XI. **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**
- XII. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**
- XIII. **ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.**
- XIV. **ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- XV. **ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- XVI. **ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ.**
- XVII. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

I. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

- 1.1. Настоящие Общие правила страхования от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации о страховании и содержат условия, на основании которых Открытое акционерное общество Страховая компания «Альянс», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры страхования от несчастных случаев и/или болезней (далее по тексту – Договор страхования) с дееспособными физическими лицами и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователями.
- 1.2. При заключении Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей и Страховщика, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил, и они приложены к Договору страхования, о чем в Договоре страхования сделана соответствующая запись.
- 1.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении Договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил, если допущенные в Договоре страхования отступления от Правил не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями Договора страхования, преимущественную силу имеют положения Договора страхования.
- 1.4. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных лиц), а также создавать страховые продукты, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия страхования (страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.
- 1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенным на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.
- 1.6. В соответствии с Правилами страхования Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному лицу или указанному в Договоре страхования Выгодоприобретателю независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, причитающихся им по другим договорам страхования выплат или сумм в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

II. **СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.**

- 2.1. Субъектами страхования являются: Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.
- 2.2. **Страховщик** - Открытое 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.
- 2.3. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо (в том числе физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или правоспособное юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.
Договор страхования может заключаться как в отношении самого Страхователя - физического лица, так и в отношении иных названных в Договоре страхования физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).
- 2.4. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, указанное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования (т.е. в отношении жизни и здоровья которого заключен Договор страхования). Если по Договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать Договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.
- 2.4.1. Следующие категории лиц могут быть Застрахованными лицами только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования:
- a) инвалиды I и II группы, лица с врожденными аномалиями, лица в возрасте до 18 лет, которым установлена категория "ребенок-инвалид", а также лица, требующие постоянного ухода;
 - b) лица, больные СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита), а также ВИЧ-инфицированные;
 - c) лица, страдающие онкологическими заболеваниями - по страховым рискам, указанным в п.п. 4.2., 4.3., 4.6., 4.7., 4.9., 4.10., 4.12., 4.13., 4.15., 4.16., 4.18., 4.19., 4.20. настоящих Правил;
 - d) лица моложе 18 лет и старше 75 лет на дату заключения Договора страхования - по страховым рискам, указанным в п.п. 4.15., 4.16., 4.18., 4.19., 4.20. настоящих Правил;
 - e) лица, которые уже перенесли одно из заболеваний или одну из операций, указанных в «Перечне критических заболеваний и серьезных операций» (Приложение № 26 и № 27 к Правилам), больные сахарным диабетом, артериосклерозом, имеют заболевания коронарных артерий, периферических кровеносных сосудов, страдают тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы - по страховому риску, указанному в п. 4.20. настоящих Правил.
- При заключении Договора страхования в отношении указанных в п.п. 2.4.1. а) – е) категорий лиц Страховщик праве определить дополнительные условия и ограничения, а также отказать в страховании по отдельной группе рисков с учетом состояния здоровья данных лиц.
- 2.4.2. **Не принимаются на страхование** и не могут являться Застрахованными лицами следующие категории лиц:
- a) лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете;
 - b) лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
 - c) лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы.
- 2.4.3. Лицо, чья профессия, увлечения или особенности проведения досуга и отдыха объективно связаны с повышенной вероятностью возникновения несчастных случаев или болезней, может быть застраховано только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования (то есть если Застрахованное лицо правдиво ответило на все вопросы, заданные Страховщиком в заявлении на страхование, а также подписью подтвердило достоверность данных, указанных в Договоре страхования/полисе).
- 2.4.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в п.п. 2.4.1. - 2.4.3. 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.
- 2.4.5. Застрахованными лицами по Договору страхования могут признаваться водитель и пассажиры, находящиеся в определенном Договором транспортном средстве по своей доброй воле и с разрешения лица, имеющего право распоряжаться указанным транспортным средством.
Водитель – физическое лицо, управляющее транспортным средством на законных основаниях и имеющее водительское удостоверение установленного образца на право управления транспортным средством соответствующей категории.
Пассажир – физическое лицо, кроме водителя, находящееся в указанном в Договоре страхования

транспортном средстве.

- 2.5. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховых выплат по Договору страхования. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 2.5.1. Выгодоприобретатель, не являющийся Застрахованным лицом, назначается с письменного согласия Застрахованного лица. При назначении Выгодоприобретателя без согласия Застрахованного лица Договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае его смерти - по иску его наследников.
- 2.5.2. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний до 18 лет, то в качестве получателя страховой выплаты может выступать только законный представитель Застрахованного лица.
- 2.5.3. В случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица. Таких лиц может быть установлено как одно, так и более. В последнем случае Страхователь обязан указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.
- 2.5.4. При отсутствии Выгодоприобретателя по Договору страхования (не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом) выплата производится наследникам Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством, в этом случае страховая выплата производится пропорционально их наследственным долям.
- 2.5.5. Замена Выгодоприобретателя по Договору страхования допускается только 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 выплате страховой суммы.
- 2.6. **Третьи лица** - любые лица за исключением Страхователя, Выгодоприобретателя, членов их семей и лиц, ведущих с ними совместное хозяйство, родственников, лиц, находящихся на иждивении Страхователя, арендаторов. Договором страхования может быть предусмотрено иное определение состава третьих лиц.

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

- 3.1. Объектами страхования от несчастных случаев и болезней могут быть имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.
- 3.2. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование (раздел IV Правил).
- 3.3. **Страховыми случаями** являются совершившиеся события, предусмотренные Договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).
- 3.4. Страховыми случаями признаются совершившиеся внезапные, непредвиденные и непреднамеренные для Застрахованного лица события, указанные в разделе IV Правил и Договоре страхования, явившиеся прямым следствием несчастного случая и/или заболевания, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, подтвержденные документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, органами МВД и т.д.) и установленные в соответствии с предусмотренной Правилами страхования процедурой (представителями Страховщика).
- 3.5. Под **несчастливым случаем** понимается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное событие, фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов в период действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного лица и повлекшее за собой причинение вреда здоровью Застрахованного лица или его смерть.
- 3.5.1. Если иное прямо не указано в Договоре страхования, несчастным случаем является:
- а) любая травма (в том числе ушиб мозга, сотрясение мозга, ушиб внутренних органов, полная или частичная потеря органов, вывих, перелом (за исключением патологического вывиха и перелома), ранение, разрыв, ожог, отморожение, поражение электрическим током, сдавление);
 - б) случайное попадание в дыхательные пути инородных тел, внезапное удушение, утопление;
 - в) повреждение органов и частей тела в результате нападения животных, укусов насекомых;
 - д) инфекционное заболевание, только в случае занесения инфекции через рану, полученную при телесном повреждении, или инфицирование Застрахованного лица в результате лечения методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике, от последствий телесных повреждений;
 - е) случайное острое отравление химическими веществами (промышленными или бытовыми), лекарствами (если они принимались по назначению врача в соответствии с указанной им дозировкой), ядами животного или растительного происхождения, недоброкачественными пищевыми продуктами (исключая алкоголь, в том числе пиво), только если перечисленные события повлекли за собой госпитализацию, инвалидность или смерть Застрахованного лица.
- 3.5.2. Только если это прямо указано в Договоре страхования, несчастным случаем могут признаваться следующие события:

- a) непреднамеренное заражение Гепатитом В, С, СПИДом или ВИЧ-инфекцией, сифилисом, туберкулезом, возникшее в течение срока действия Договора страхования;
- b) заражение инфекционными заболеваниями, тромбоэмболия и воздушная эмболия - в результате выполнения Застрахованным лицом донорских функций по сдаче крови и (или) её компонентов;
- c) патологические роды, т.е. физиологический процесс завершения беременности при условии, что срок беременности на момент начала родов составлял 28 акушерских недель и более, сопровождающийся одним или несколькими из следующих признаков: аномалии родовой деятельности (фаза раскрытия шейки матки у первородящих женщин продолжается более 20 часов (14 часов у повторнородящих); скорость быстрого раскрытия шейки матки составляет менее 1,2 см в час (1,5 см в час у повторнородящих) либо наблюдается остановка раскрытия шейки матки в течение 2 часов и более; продолжительность второго периода родов составляет более 3 часов (2 часов у повторнородящих) либо положение предлежащей части плода при полном раскрытии шейки матки остается неизменным более 1 часа (остановка продвижения плода по родовым путям); общая продолжительность родов составляет менее 1 часа (стремительные роды)); аномалии положения и предлежания плода на момент начала родов (поперечная, задняя позиция; лобное, лицевое, тазовое, поперечное или смешанное предлежание); многоплодная беременность; аномалии костей таза и мягких тканей родовых путей (опухоль органов малого таза (миома матки или опухоль яичников и другие); аномалии костей таза (вследствие недоедания, наследственных болезней, патологического крестцового кифоза, сколиоза или травмы); пороки развития влагалища (продольная или поперечная перегородка); изменения шейки матки (рубцы после конизации или наложения кругового шва на шейку матки)); другие осложнения родов (выпадение пуповины; разрыв матки (самопроизвольный, травматический, по рубцу); преждевременная отслойка плаценты; задержка отделения плаценты (более, чем через 30 минут после рождения плода), выворот матки (полный или частичный), послеродовое кровотечение, гипотоническое, атоническое кровотечение в период родов; а также воспалительные изменения в матке, наступившие не позже 42 (Сорок второго) дня после родов).

d) другие события, предусмотренные Договором страхования, обладающие признаками, указанными в п.3.5. Правил.

3.6. **Болезнь / заболевание (естественные причины)** – диагностированное впервые в период действия Договора страхования квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем и обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

3.6.1. **Квалифицированный врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя и/или посредника, при участии которого был заключен Договор страхования, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

3.7. В Договор страхования могут быть включены по соглашению сторон страховые риски, указанные в разделе IV Правил, в любой их комбинации.

3.8. События, предусмотренные разделом IV Правил, признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия Договора страхования и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке.

3.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п. 4.1 – 4.10. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 1 (одного) года от даты наступления несчастного случая или диагностирования заболевания.

3.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п.п. 4.11 – 4.16, 4.21.- 4.22. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, также признаются страховым случаем, если они наступили не позже 30 (Тридцати) дней от даты несчастного случая или диагностирования заболевания.

3.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, события, предусмотренные п. 4.17 – 4.19. Правил и явившиеся следствием произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая или диагностированного после вступления Договора страхования в силу заболевания, также признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее, чем в течение 180 дней от даты окончания Договора страхования, при условии, что несчастный случай или диагностирование заболевания, покрываемого Договором страхования, произошли в период его действия.

3.12. Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в разделах III-IV Правил. При этом положения Договора имеют преимущественную силу перед настоящими Правилами.

IV. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

4.1. **Смерть в результате несчастного случая**

4.2. **Смерть в результате несчастного случая или болезни**

- 4.3. **Смерть в результате болезни (естественных причин)**
- 4.4. **Смерть в результате несчастного случая вследствие автомобильной, железнодорожной аварии, авиакатастрофы или пожара**
Автомобильная авария (дорожно-транспортное происшествие) - событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб, в том значении, в котором данное понятие используется в Правилах дорожного движения Российской Федерации. Участником ДТП признается пострадавшее в результате лицо, принимавшее непосредственное участие в процессе движения в качестве водителя, пешехода или пассажира транспортного средства
Железнодорожная авария - катастрофа или авария на железной дороге, приведшая к гибели или ранению Застрахованных пассажиров и/или членов экипажа, а также Застрахованных лиц, оказавшихся на месте аварии или катастрофы.
Авиакатастрофа - катастрофа или авария воздушного судна, допущенного к эксплуатации в соответствии с установленными правилами перевозки пассажиров, совершавшего регулярный (или чартерный) авиарейс, или авиарейс на коммерческом невоенном воздушном судне), выполняемый организацией (авиакомпанией), обладающей соответствующей лицензией, приведшая к гибели или ранению пассажиров и/или членов экипажа, а также Застрахованных лиц, оказавшихся на месте катастрофы или аварии, исключая рейсы занесенных в международные списки небезопасных для жизни авиакомпаний.
Пожар - неуправляемое, несанкционированное горение веществ, материалов и газо-воздушных смесей вне специального очага, обладающее признаками, указанными в п.3.5. Правил, развивающееся во времени и пространстве и приносящее значительный материальный ущерб, вред жизни и здоровью Застрахованных лиц, в том числе в результате воздействия выделяющихся при пожаре продуктов сгорания.
- 4.5. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате несчастного случая / установление группы инвалидности в результате несчастного случая / инвалидность в результате несчастного случая**
- 4.6. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни / установление группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни / инвалидность в результате несчастного случая или болезни**
- 4.7. **Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате болезни (естественных причин) / установление группы инвалидности в результате болезни (естественных причин) / инвалидность в результате болезни (естественных причин)**
Постоянная утрата трудоспособности / инвалидность – ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия Договора страхования, приводящее к необходимости социальной защиты, а возможным установлением группы инвалидности и степени ограничения трудоспособности, с также определением требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера в соответствии с требованиями и на основании заключения медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК). В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается 1, 2 или 3 группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория «ребенок-инвалид».
- 4.8. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая;**
- 4.9. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания;**
Профессиональная трудоспособность - способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.
- 4.10. **Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания (естественных причин);**
Постоянная утрата профессиональной трудоспособности устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах, исходя из способности пострадавшего осуществлять профессиональную деятельность вследствие несчастного случая или профессионального заболевания, в соответствии с критериями определения степени утраты профессиональной трудоспособности, утверждаемыми федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, социального развития и труда.
- 4.11. **Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая**
- 4.12. **Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни**
- 4.13. **Временная утрата трудоспособности в результате болезни**
Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая - нетрудоспособность в результате произошедшего в период действия Договора страхования несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного

ограниченного периода времени, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая.

Временная утрата трудоспособности в результате болезни - нетрудоспособность в результате болезни, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного ограниченного периода времени, необходимого для лечения болезни.

Для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет и лиц, признанных нетрудоспособными в установленном законодательством порядке, риски, указанные в п.п.4.11. - 4.13. Правил, понимаются, как частичное расстройство функций организма (временное расстройство здоровья).

4.14. **Госпитализация в результате несчастного случая**

4.15. **Госпитализация в результате несчастного случая или болезни**

4.16. **Госпитализация в результате болезни**

Если иное не предусмотрено Договором страхования, под **госпитализацией** понимается помещение Застрахованного лица на срок не менее 24 часов в круглосуточный стационар расположенного на территории Российской Федерации государственного или частного медицинского учреждения (имеющего лицензию на оказание медицинской помощи населению и подросткам и/или на оказание стационарной медицинской помощи подросткам и взрослому населению) для проведения лечения, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем или диагностированной в период действия Договора страхования болезнью.

Госпитализацией не будет считаться помещение Застрахованного лица в стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, нахождение Застрахованного лица в стационаре в связи с карантином или иными превентивными мерами.

Экстренная госпитализация - госпитализация Застрахованного лица в стационар по поводу неотложных состояний, угрожающих его жизни и требующих неотложной медицинской помощи.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, под нахождением Застрахованного лица в реанимации понимается нахождение Застрахованного лица в реанимационном отделении расположенного на территории Российской Федерации стационара круглосуточного медицинского наблюдения с проведением Застрахованному лицу мероприятий реанимационного характера.

4.17. **Хирургическая операция в результате несчастного случая**

4.18. **Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни**

4.19. **Хирургическая операция в результате болезни**

Хирургическая операция - оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования несчастным случаем или болезнью, предусмотренное таблицей или перечнем хирургических операций, приведенным в Договоре страхования.

Хирургическая операция подразумевает способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионож, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическая операция должна быть проведена квалифицированным врачом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

4.20. **Диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции**

Критическими заболеваниями применительно к данному виду страхования считаются болезни (заболевания) и операции, обозначенные в Перечнях критических заболеваний и серьезных операций (приложения №26-27 к Правилам) и характеризующиеся установлением в период действия Договора страхования диагноза и наличием диагностических признаков, соответствующих указанным в Приложениях №26-27, повлекшие потерю трудоспособности. Одномоментное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в Перечне критических заболеваний в целях страхования от несчастных случаев и болезней считается одним критическим заболеванием.

При заключении Договора страхования Страховщик определяет список критических заболеваний, на случай которых производится страхование, выбирая из указанного перечня. Конкретный список критических заболеваний и серьезных операций является обязательным приложением к Договору страхования.

4.21. **Инфицирование Застрахованного лица вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) вследствие:**

- a) переливания крови;
- b) профессиональной (или медицинской) деятельности.

4.22. **Инфицирование Застрахованного лица вирусным сывороточным гепатитом (гепатитом В) или вирусным посттрансузиционным гепатитом (гепатитом С) вследствие:**

- a) переливания крови;
- b) профессиональной (или медицинской) деятельности.

Под **инфицированием вследствие переливания крови** понимается заражение, явившееся прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в период действия До-

говора страхования, при условии, что учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица (если иное не предусмотрено в Договоре страхования).

Под **инфицированием вследствие профессиональной (медицинской) деятельности** понимается заражение, явившееся следствием случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (или медицинских) обязанностей.

V. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.

5.1. Территорией распространения страховой защиты является весь мир, если иное не указано в Договоре страхования.

5.2. Договором страхования может быть предусмотрено ограничение территории распространения страховой защиты по отдельным событиям, перечисленным в разделе IV Правил (например, пределами границ Российской Федерации).

VI. ИСКЛЮЧЕНИЯ.

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не являются события, указанные в разделе IV Правил, которые произошли во время или в результате:

6.1.1. умышленного совершения или попытки совершения Застрахованным лицом, Страхователем или лицом, которое согласно Договору страхования, настоящим Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем, уголовно наказуемого деяния, либо административного правонарушения, в том числе действия, направленного на наступление страхового случая;

6.1.2. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (за исключением случаев употребления Застрахованным лицом наркотических, токсических, сильнодействующих или психотропных веществ по предписанию лечащего врача и с соблюдением указанной врачом дозировки);

6.1.3. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления, либо передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления;

6.1.4. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор страхования действовал менее двух лет, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

6.1.5. непосредственного участия Застрахованного лица в народных волнениях, забастовках, беспорядках;

6.1.6. любых военных действий (независимо от того, была объявлена война или нет), военных маневров или других военных мероприятий, их последствий, гражданских волнений или войн, военных переворотов, прохождения Застрахованным лицом действительной службы в любых вооруженных силах или иных военизированных соединениях любого государства, непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военно-служащего, либо гражданского служащего;

6.1.7. использования ядерной энергии, воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, облучения;

6.1.8. психического или нервного заболевания Застрахованного лица или потери сознания вследствие параличей, апоплексического удара, эпилептического припадка или иных судорожных или конвульсивных приступов, приведших к любым последствиям (за исключением случаев, когда данные нарушения были вызваны несчастным случаем, предусмотренным Договором страхования);

6.1.9. возникших по любой причине (включая медицинские манипуляции) заболеваний или осложнений заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления Договора страхования в силу, или травм, полученных до вступления Договора страхования в силу;

6.1.10. проведения медицинских процедур и манипуляций без предписания квалифицированного врача, лечения любыми способами, официально не признанными медицинской наукой (нетрадиционная медицина), лечения или иного медицинского вмешательства, осуществляемого самим Застрахованным лицом (самолечение) или другими лицами по его поручению (кроме случаев, когда такое лечение или иное медицинское вмешательство производилось по предписанию врача в период действия страхового покрытия);

6.1.11. болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией или заболеванием СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита), их производных и/или мутантных форм, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;

6.1.12. занятий Застрахованного лица 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;

В настоящих Правилах под занятиями спортом **на профессиональном уровне** понимаются занятия любым видом спорта на систематической основе и предполагающие тренировки и/или участие в официально проводимых спортивных соревнованиях.

6.1.13. участия Застрахованного лица в любых воздушных, авиационных или космических полетах/перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира, имеющего оплаченный действительный билет, регулярного, либо чартерного, авиарейса, авиарейса на коммерческом невоенном воздушном судне, лицензированном и допущенном к эксплуатации в соответствии с установленными правилами для перевозки пассажиров.

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются:

6.2.1. временная утрата трудоспособности - в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности в связи с беременностью или её прерыванием, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, наследственного заболевания, лечением зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством (за исключением случаев, когда это необходимо для лечения или устранения последствий телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем), лечением венерических заболеваний или заболеваний в присутствии ВИЧ-инфекции, любых заболеваний нервной системы, временная утрата трудоспособности в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, простудных заболеваний (ОРВИ), пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного лица), временная утрата трудоспособности, наступившая вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф);

6.2.2. хирургические операции – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, лечением наследственных заболеваний; в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования); проведение диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% от общей поверхности тела; операции, связанные с лечением или удалением аденоидов или миндалин в течение первых 180 (ста восьмидесяти) дней с начала действия Договора страхования; операции, связанные с вскрытием воспалений кожи, тканей и суставов; удалением шовного материала; пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора страхования); операции по смене пола, хирургические операции вследствие официально признанных случаев эпидемий, операции по удалению непролиферирующих (неинвазивных) опухолей in-situ, операции в связи с любыми видами рака кожи, за исключением пролиферирующей (инвазивной) злокачественной меланомы, наложение швов на кожу, операции по удалению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы;

6.2.3. госпитализации – в связи с беременностью или её прерыванием, родами, лечением зубов, пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем), стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением или лечением бесплодия, венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, лечением наследственного заболевания, проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, а также госпитализации, наступившие вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф).

VII. СТРАХОВАЯ СУММА.

7.1. **Страховая сумма** представляет собой денежную сумму, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

7.2. **Размер Страховой суммы (лимит ответственности)** определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.

7.3. Если в Договоре страхования установлена **агрегатная страховая сумма**, то она является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия Договора страхования, при этом страховая сумма уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с момента ее осуществления.

Страховая сумма по Договору страхования всегда считается агрегатной, если иное прямо не предусмотрено в Договоре страхования.

7.4. Если в Договоре страхования установлена **неагрегатная страховая сумма**, то она является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по каждому страховому случаю, произошедшему в период действия Договора страхования, при этом страховая сумма не уменьшается на сумму произведенных ранее страховых выплат.

7.5. Страховая сумма может устанавливаться как в целом по Договору страхования, так и отдельно по

- каждому риску.
- 7.6. Общая страховая сумма (лимит ответственности) по Договору страхования равна сумме страховых сумм по всем Застрахованным лицам. В случае установления страховых сумм по каждому риску отдельно, общая страховая сумма по всем Застрахованным лицам устанавливается также по каждому риску отдельно.
- 7.7. Ответственность Страховщика по любому из страховых рисков ограничена страховой суммой по данному риску. Если Договором страхования установлена единая страховая сумма по нескольким рискам, ответственность Страховщика по каждому отдельному риску ограничена указанной страховой суммой.
- 7.8. Если объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью водителя и пассажиров указанного в Договоре страхования транспортного средства, в Договоре страхования может быть указан один из следующих вариантов определения страховой суммы:
- а) по «**системе мест**». В этом случае страховая сумма устанавливается в одинаковом размере, в расчете на каждое место в транспортном средстве, на котором может находиться Застрахованное лицо (водитель, пассажир). Количество таких мест («застрахованных мест») строго равно максимальному количеству посадочных мест в транспортном средстве в соответствии с нормативами, установленными заводом - изготовителем и указанными в паспорте транспортного средства.
- б) по «**паушальной системе**». В этом случае устанавливается общий размер страховой суммы для всех Застрахованных лиц. Численность Застрахованных лиц строго равна максимально допустимому количеству посадочных мест в транспортном средстве, в соответствии с нормативами, установленными заводом-изготовителем. Размер страховой суммы для каждого из Застрахованных лиц определяется в виде доли от общей страховой суммы. При этом размер страховой суммы для застрахованного лица определяется после наступления страхового случая и составляет:
- 40 % общей страховой суммы, если пострадало одно Застрахованное лицо;
 - 35 % общей страховой суммы, если пострадали два Застрахованных лица;
 - 30 % общей страховой суммы, если пострадали три Застрахованных лица;
 - долю общей страховой суммы в процентах, составляющую результат, полученный от деления 100 % страховой суммы на общее число пострадавших – если пострадали четыре и более Застрахованных лица.
- 7.9. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование в валютном эквиваленте).

VIII СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

- 8.1. **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска – возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, выбора Выгодоприобретателя, общего количества Застрахованных лиц по Договору страхования, времени действия страховой защиты, установленной в Договоре страхования франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска. Страховой тариф по конкретному договору добровольного страхования определяется по соглашению сторон.
- 8.2. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховая премия рассчитывается исходя из страховой суммы и страхового тарифа.
- 8.3. Если страховая сумма по Договору страхования установлена в иностранной валюте (в рублевом эквиваленте), уплата страховой премии (страховых взносов) производится Страхователем в рублевом эквиваленте по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату совершения платежа (если иное не предусмотрено в Договоре страхования).
- 8.4. В случае установления отдельных периодов страхования (периодов ответственности Страховщика) в Договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого страхового периода.
- 8.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем путем наличных или безналичных расчетов единовременно (разовым платежом за весь срок страхования) или в рассрочку в течение срока страхования. Порядок и сроки оплаты (график платежей) страховых взносов определяется в Договоре страхования.
- 8.6. По определенным страховым продуктам и/или в соответствии с разработанными условиями страхования, по Договору страхования, заключенному **на срок менее 1 (одного) года**, могут устанавливаться поправочные коэффициенты в зависимости от срока его действия. Оплата страховой премии по такому Договору страхования производится единовременно.

- 8.7. Датой оплаты страховой премии (очередного страхового взноса) считается: при наличной форме оплаты – дата внесения денежных средств в кассу Страховщика (либо передачи денежных средств уполномоченному представителю Страховщика), при безналичной форме оплаты – дата зачисления платежа на расчетный счет Страховщика (либо его уполномоченного представителя).
- 8.8. При наступлении страхового события по Договору страхования, заключенному в отношении единственного Застрахованного лица, по которому Страхователь уплачивает страховую премию (страховые взносы) в рассрочку, размер страховой выплаты уменьшается на сумму неуплаченных по Договору страхования страховых взносов/премий, если иное не указано в Договоре страхования.

IX. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ.

- 9.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.
- 9.2. Договор страхования может заключаться на любой срок.
- 9.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём оплаты Страхователем страховой премии или первого взноса при оплате премии в рассрочку.
- 9.4. Если страховая премия или её первый взнос не были уплачены в сроки, установленные Договором страхования, или были оплачены не в полном объеме, Договор страхования считается не вступившим в силу и не порождает для сторон каких-либо правовых последствий. Оплаченная с просрочкой или не в полном объеме страховая премия или ее первый взнос возвращается Страхователю.
- 9.5. **Срок страхования (страховой защиты)** - период времени, в течение которого на Застрахованное лицо (Страхователя) распространяется действие страховой защиты, т.е. в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат при наступлении страховых случаев.
- 9.6. В Договоре страхования может быть установлена временная франшиза (период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты, в течение которого Страховщик не несет ответственности за страховые случаи, происходящие с Застрахованным лицом). При этом обязательства Страховщика по Договору страхования возникают по окончании временной франшизы. Временная франшиза может быть установлена как по Договору страхования в целом, так и по отдельным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по рискам устанавливаются следующие временные франшизы:
- 9.6.1. по риску «госпитализация» в результате болезни Застрахованного лица (п.4.15. - 4.16. Правил) - 60 дней. При этом в случае экстренной госпитализации временная франшиза не устанавливается.
- 9.6.2. по риску «хирургическая операция» в результате болезни Застрахованного лица (п. 4.18. – 4.19. Правил) - 90 дней.
- 9.6.3. по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции» (п. 4.20. Правил) - 90 дней.
- 9.7. **Страховая защита** по Договору страхования может действовать 24 часа в сутки (круглосуточно) либо по соглашению сторон страховыми могут признаваться случаи, произошедшие с Застрахованным лицом:
- 9.7.1. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), исключая время пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно;
- 9.7.2. только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно. Время нахождения в пути может быть ограничено определенным временным промежутком, указанным в Договоре страхования;
- 9.7.3. только в быту (во время, свободное от исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей);
- 9.7.4. только во время тренировок и соревнований;
- 9.7.5. только в результате дорожно-транспортного происшествия, то есть на дороге с участием моторизованного транспортного средства передвижения;
- 9.7.6. только во время мероприятий, поездок, выполнения работ, определенных Договором страхования;
- 9.7.7. в любое другое время, предусмотренное Договором страхования.

X. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

- 10.1. **Договор страхования** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, по которому одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), произвести страховую выплату в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, или наступления в его жизни иного предусмотренного Договором страхования события (Страхового случая).
- 10.2. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет за собой недействительность Договора страхования.
- 10.3. Договор страхования может быть заключен путем:

- a) составления и подписания Страхователем и Страховщиком единого документа – Договора страхования (приложение №30 к Правилам);
- b) вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком (приложение №31 к Правилам).
- 10.4. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику:
- 10.4.1. Страхователи – юридические лица предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:
- a) наименование;
- b) идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);
- c) государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);
- d) дата и место государственной регистрации²;
- e) наименование регистрирующего органа²;
- f) адрес местонахождения (юридический адрес)²;
- g) фактический адрес;
- h) почтовый адрес;
- i) бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица в п.10.4.3.);
- j) единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц в п.10.4.3.);
- k) резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- l) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.
- 10.4.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:
- a) фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- b) гражданство;
- c) дата и место рождения;
- d) реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- e) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- f) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- g) идентификационный номер налогоплательщика;
- h) государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- i) дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- j) наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- k) адрес местонахождения;
- l) адрес места регистрации;
- m) почтовый адрес;
- n) Ф.И.О. контактного лица, телефон, адрес электронной почты.
- 10.4.3. Страхователи – физические лица предъявляют документы, позволяющие установить следующие сведения¹:
- a) фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- b) гражданство;
- c) дата и место рождения;
- d) реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- e) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- f) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- g) идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- h) бенефициарный владелец.
- Страховщик вправе сократить вышеуказанный перечень.
- 10.5. При заключении Договора страхования в отношении нескольких лиц Застрахованные лица могут быть указаны в тексте Договора страхования или в списке Застрахованных лиц, который является неотъемлемой частью Договора страхования.
- 10.6. При заключении Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц не допускается внесение одних и тех же лиц в список Застрахованных лиц более одного раза. Любое дублирование в списках Застрахованных лиц считается ошибкой с последующим зачетом страховой премии в счёт оплаты будущих платежей по Договору страхования или возвратом страховых взносов в полном объеме по всем случаям дублирования. Страховые выплаты в отношении Застрахованных лиц, указанных в списке более одного раза, осуществляются таким образом, как если бы эти Застрахованные лица были указаны в списке один раз, причем за основу расчета размера страховой выплаты берется

¹ Указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении лиц, являющихся выгодоприобретателями (лицами, ответственность которых застрахована, застрахованными лицами) по договору страхования.

² 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.

во внимание наибольшая страховая сумма, указанная в Договоре страхования в отношении данного Застрахованного лица. Договором страхования могут быть предусмотрены условия изменения списка Застрахованных лиц, отличные от условий настоящих Правил.

- 10.7. Договор страхования заключается на основании письменного (установленной Страховщиком формы) или устного заявления Страхователя. Необходимость заполнения заявления на страхование, а также предоставления дополнительных документов, предусмотренных настоящими Правилами, определяется Страховщиком исходя из степени риска и размера заявленной страховой суммы.
- 10.8. При заключении договора страхования Страховщик имеет право получить от Страхователя документы и сведения, предусмотренные настоящими Правилами, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Страхователь обязан представить Страховщику документы, содержащие необходимые сведения:
- a) медицинское заключение, включая анализ мочи, анализ на ВИЧ, ЭКГ в покое с расшифровкой, ЭКГ с адекватной нагрузкой с расшифровкой (велоэргометрия или тредмилметрия с приложением записи ЭКГ и заключением), общий и биохимический анализы крови, рентгенография (крупнокадровая флюорография) органов грудной клетки с заключением;
 - b) документы, подтверждающие финансовое положение: подтверждение размера дохода за последние три года (справка 2НДФЛ, декларация о доходах или подтверждение размера дохода налоговым инспектором); копия кредитного договора или решения кредитного комитета банка о предоставлении кредита, включая срок и размер кредита; финансовая информация о компании Заявителя (год основания компании, количество сотрудников, распределение долей партнеров, годовой оборот, недвижимость, активы и пассивы, участие в других предприятиях (если таковые имеются), незаконченные судебные разбирательства и случаи банкротства (если таковые имеются)); балансовый отчет компании и/или фирмы Заявителя (показатели экономической деятельности в сравнении с предыдущим годом/ годами, информация о зарплате главного исполнительного директора, неоплаченные долги, дебиторская задолженность/ кредиторская задолженность, обязательства, списание долгов, структура активов); копии годовых отчетов компании Заявителя.
- 10.9. В случае утери Договора страхования (полиса) Страхователем Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора страхования считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления. При повторной утере Договора страхования (полиса) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления Договора страхования (полиса).
- 10.10. 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, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации за исключением операций по перестрахованию. 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.
- 10.11. Если Договор страхования переводится на иностранный язык, то в случае буквального толкования Договора страхования текст на русском языке имеет преимущественное значение.
- 10.12. Все изменения условий Договора страхования производятся по соглашению сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме.
- 10.13. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора страхования, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения. Вся корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны, неизвещенная Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.
- 10.14. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора страхования. Согласие Страхователя подтверждается фактом оплаты им страховой премии по такому Договору страхования.

XI. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

11.1. Договор страхования прекращается в случае:

- 11.1.1. Истечения срока действия Договора страхования - с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой окончания Договора страхования;
- 11.1.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

- 11.1.3. Смерти Застрахованного лица – в отношении данного Застрахованного лица;
- 11.1.4. По требованию (по инициативе) Страховщика – в случаях предусмотренных законодательством РФ или Договором страхования;
- 11.1.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате в рассрочку в случае неуплаты очередного взноса в размере и сроки, установленные Договором страхования, действие Договора страхования прекращается без предварительного уведомления Страхователя по окончании оплаченного периода действия Договора страхования. Расчет оплаченного периода действия Договора страхования в данном случае производится в соответствии с оплаченной долей общей страховой премии по Договору страхования.
- 11.1.6. По требованию (по инициативе) Страхователя;
- 11.1.7. По соглашению сторон;
- 11.1.8. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- 11.1.9. Ликвидации Страхователя – юридического лица либо смерти Страхователя – физического лица, если Застрахованное или третье лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов).
- 11.2. Договор страхования может содержать и иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

XII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

12.1. Страхователь имеет право:

- 12.1.1. получить оригинал Договора страхования и его дубликат в случае утраты;
- 12.1.2. получить Правила и/или Условия страхования, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен Договор страхования;
- 12.1.3. получать разъяснения по заключенному Договору страхования;
- 12.1.4. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
- 12.1.5. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением требований, предусмотренных в настоящих Правилах и законодательстве Российской Федерации;
- 12.1.6. вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;
- 12.1.7. досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика. В этом случае Договор страхования расторгается с более поздней из следующих дат: даты, указанной в заявлении как дата расторжения, или даты получения заявления на расторжение Страховщиком.
- 12.1.8. при досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя, если возможность наступления страхового случая не отпала, и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, - получить часть страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования (за вычетом понесенных Страховщиком расходов), если это прямо предусмотрено Договором страхования.

12.2. Страхователь обязан:

- 12.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;
- 12.2.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую и достоверную информацию о своей (и/или Застрахованного лица) жизни, деятельности и состоянии здоровья;
- 12.2.3. при коллективном страховании представить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием установленных для них размеров страховых сумм по отдельным выбранным для каждого Застрахованного лица страховым рискам;
- 12.2.4. в письменном виде сообщать Страховщику 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 страхования, а также указанных в разделе XIII Правил);
- 12.2.5. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом XVI Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой;
- 12.2.6. вернуть полученную страховую выплату или её часть, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;
- 12.2.7. исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

12.3. Страховщик имеет право:

- 12.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 12.3.2. потребовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или не-

- достоверные сведения;
- 12.3.3. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем положений настоящих Правил, Договора страхования;
- 12.3.4. потребовать медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование, в объеме, определенном Страховщиком, и направить его для прохождения необходимого медицинского обследования в определенное лечебное учреждение;
- 12.3.5. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев);
- 12.3.6. направить к Застрахованному лицу своего врача, которому должна быть предоставлена возможность свободного доступа к Застрахованному лицу, для всестороннего его обследования;
- 12.3.7. самостоятельно запрашивать в случае необходимости документацию из лечебных учреждений и компетентных органов, предусмотренную настоящими Правилами (в том числе для принятия решения о страховой выплате);
- 12.3.8. организовывать проведение повторного медицинского освидетельствования и независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
- 12.3.9. при проведении страховой экспертизы - осматривать Застрахованное лицо, задавать ему вопросы о состоянии здоровья, просить выполнить его какие-либо действия, помогающие определить степень утраты функций организма, а также знакомиться с медицинскими документами о состоянии здоровья Застрахованного лица, лично беседовать с его лечащим врачом и другим медицинским персоналом, совершать иные действия, необходимые для установления причин и обстоятельств страхового случая.
- 12.3.10. Не признавать случай страховым и отказать в страховой выплате в случае, если:
- а) Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил обязанности, предусмотренные п.п. 12.2.1., 12.2.2., 12.2.4. Правил;
- б) Страхователь, Застрахованное лицо либо Выгодоприобретатель предоставили ложные или недостоверные сведения, связанные с причиной наступления страхового случая;
- в) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.3.11. отсрочить страховую выплату:
- а) до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем, предусмотренных настоящими Правилами;
- б) до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, если в соответствии с действующим законодательством компетентными органами назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс,
- в) в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
- 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.
- 12.3.12. в случае уменьшения степени страхового риска (раздел XIII Правил) после заключения Договора страхования - внести изменения в Договор страхования по согласованию со Страхователем; в случае увеличения степени страхового риска - потребовать у Страхователя изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, а если стороны не пришли к согласию - вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков;
- 12.3.13. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования.
- 12.4. Страховщик обязан:**
- 12.4.1. ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования;
- 12.4.2. выдать Страхователю Правила страхования и/или Условия страхования, разработанные на основании настоящих Правил, при заключении Договора страхования;
- 12.4.3. давать разъяснения по вопросам, касающимся Договора страхования;
- 12.4.4. соблюдать требование законодательства о защите персональных данных, защищать от распространения информацию о персональных данных Застрахованных лиц, переданную Страховщику, а также обрабатывать персональные данные только для целей заключенного Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, и нести ответственность за надлежащее обеспечение сохранности, конфиденциальности и безопасности при обработке персональных данных, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 12.4.5. в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе в связи с заключением и исполнением Договора страхования;
- 12.4.6. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, предусмотренный Правилами и Договором страхования;

- 12.4.7. сообщить Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю или их законным представителям в письменной форме решение об отказе в страховой выплате с обоснованием причин;
- 12.4.8. выдать дубликат Договора страхования в случае его утери Страхователем.
- 12.4.9. при досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя, если возможность наступления страхового случая не отпала, и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, - вернуть часть страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования (за вычетом понесенных Страховщиком расходов), если это прямо предусмотрено Договором страхования.
- 12.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

XIII. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.

- 13.1. Событиями, приводящими к существенному изменению степени страхового риска, являются:
- 13.1.1. смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения несчастных случаев и (или) способная привести к появлению профессиональных заболеваний;
- 13.1.2. начало занятий видами спорта и отдыха, включая 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; сплав по бурным потокам, кейвинг, охоту с использованием любого вида оружия, состязание в скорости (за исключением бега), прыжки с помощью эластичного троса с высоты, а также другими т.п. опасными видами спорта или времяпровождения, объективно связанными с риском для жизни и повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней.
- 13.1.3. смена пола Застрахованного лица;
- 13.1.4. инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом;
- 13.1.5. установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай;
- 13.1.6. постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания;
- 13.1.7. лишение свободы по приговору суда;
- 13.1.8. другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая (включая изменение данных о Страхователе (Застрахованном лице), содержащихся в заявлении/анкете на страхование и Договоре страхования).

XIV. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

- 14.1. **Страховые выплаты** — выплаты, производимые при наступлении страхового случая или случаев, предусмотренных настоящими Правилами, в размере, указанном в Договоре страхования.
- 14.2. Размер страховой выплаты устанавливается исходя из установленных в Договоре страхования страховых сумм и, если это установлено Договором страхования, лимитов ответственности Страховщика по страховой выплате.
- 14.3. При наступлении страхового случая «**смерть**» (по рискам, указанным в п.п. 4.1. – 4.4. Правил) страховая выплата производится в размере 100% от страховой суммы по данному риску;
- 14.4. При наступлении страхового случая «**постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)**» (по рискам, указанным в п.п. 4.5. – 4.7. Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов:
- а) в процентах от страховой суммы, установленной по данному риску:
- при установлении I группы инвалидности – от 30% до 100%;
 - при установлении II группы инвалидности – от 20% до 100%,
 - при установлении III группы инвалидности – от 10% до 80%.
- Точный размер выплат устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.
- Договор страхования по риску «Постоянная утрата трудоспособности /инвалидность» может предусматривать один из следующих вариантов осуществления страховой выплаты:
- выплата только по I группе инвалидности;
 - выплата только по I и II группам инвалидности;
 - выплаты по I, II и III группам инвалидности;
 - выплаты по I группе инвалидности в результате несчастного случая или болезни (естественных причин), по II и III группам инвалидности только в результате несчастного случая;
 - выплаты по I и II группам инвалидности в результате несчастного случая или болезни (естественных причин), по III группе инвалидности только в результате несчастного случая.
- Если Застрахованное лицо моложе 18 лет, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам к III группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид сроком на один год», ко II группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид на срок два года», а к I

- группе инвалидности приравнивается категория «ребенок-инвалид до достижения возраста 18 лет».
- b) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение № 1 к Правилам).
 - c) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной полной утрате трудоспособности» (Приложение №2 к Правилам).
 - d) в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности» (Приложение №5 к Правилам).
 - e) в соответствии с «Таблицей выплат «Континентальная»» (Приложение №3 к Правилам).
 - f) от 10% до 100% от страховой суммы по данному риску на основании заключения квалифицированного врача в соответствии с «Критериями установления страхового случая» (Приложение №4 к Правилам). Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.4.a) -f) Правил).
- Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность)» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.4.a) -e) Правил).
- 14.5. при наступлении страхового случая **«постоянная утрата профессиональной трудоспособности»** (по рискам, указанным в п.п. 4.8. - 4.10. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- a) в размере определенного процента от страховой суммы по данному риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке;
 - b) в размере от 10 до 100% от страховой суммы по данному риску. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «постоянная утрата профессиональной трудоспособности» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.5.a) -b) Правил).
- 14.6. при наступлении страхового случая **«временная утрата трудоспособности»** (по рискам, предусмотренным в п.п. 4.11 – 4.13. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- a) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1)» (Приложение №6 к Правилам);
 - b) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №2)» (Приложение №7 к Правилам);
 - c) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при переломах и ожогах» (Приложение №9 к Правилам);
 - d) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая» (Приложение №10 к Правилам);
 - e) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Базовая»» (Приложение №11 к Правилам);
 - f) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Корпоративная»» (Приложение №12 к Правилам);
 - g) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Универсальная»» (Приложение №13 к Правилам);
 - h) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Европейская»» (Приложение №14 к Правилам);
 - i) в соответствии с таблицей «Переломы» (Приложение №15 к Правилам);
 - j) в соответствии с таблицей «Ожоги» (Приложение №16 к Правилам);
 - k) в соответствии с таблицей «Травмы мягких тканей» (Приложение №17 к Правилам);
 - l) в соответствии с таблицей «Заболевания» (Приложение №18 к Правилам);
 - m) в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Унифицированная»» (Приложение №19 к Правилам);
 - n) в размере от 0,01% до 2% от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с первого или другого, указанного в Договоре страхования, дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате трудоспособности за один страховой случай и/или за год, а также максимальный % выплат от страховой суммы за весь период страхования;
Если продолжительность временной нетрудоспособности превышает ориентировочный срок временной нетрудоспособности, определенный согласно документу "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)", утвержденному в 21.08.00 г. Фондом социального страхования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации в действующей его редакции на момент наступления нетрудоспособности, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате за время лечения, превышающее более чем на 20% ориентировочный срок временной нетрудоспособности.

- о) в размере от 10% до 100% от страховой суммы по данному риску. Конкретный размер выплаты определяется условиями Договора страхования;
 - р) в размере от 5 до 100% от страховой суммы, установленной по данному риску, отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким» (Приложение №20 к Правилам).
 - q) в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №3)» (Приложение №8 к Правилам);
 - г) в размере от 5 до 100% от страховой суммы, установленной по данному риску, отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем телесных повреждений» (Приложение №32 к Правилам);
Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «временная утрата трудоспособности» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.6.а) -р) Правил).
Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в приложениях № 1-3, 5-20 и 32 Правил.
- 14.7. при наступлении страхового случая «**госпитализация**» (по рискам, указанным в п.п. 4.14. – 4.16. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- а) в размере от 0,01% до 2% от страховой суммы, установленной по данному риску, за каждый день пребывания в стационаре, начиная с 1-го или другого, указанного в Договоре страхования, дня госпитализации. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней выплаты по госпитализации за один страховой случай и/или за год, либо максимальный % выплат от страховой суммы за один страховой случай и/или за весь период страхования.
 - б) в размере от 10 до 100% от страховой суммы по данному риску по факту госпитализации. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
В условиях Договора страхования может быть дополнительно установлен удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.7.а) -б) Правил).
- 14.8. при наступлении страхового случая «**хирургическая операция**» (по рискам, указанным в п.п. 4.17. – 4.19. Правил) страховая выплата производится по одному или нескольким из следующих вариантов:
- а) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №1» (Приложение №21 к Правилам);
 - б) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №2» (Приложение №22 к Правилам);
 - с) в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №3» (Приложение №23 к Правилам);
 - д) в соответствии с «Перечнем хирургических операций (полным)» (Приложение №24 к Правилам);
 - е) в соответствии с «Перечнем хирургических операций (сокращенным)» (Приложение №25 к Правилам);
 - ф) в размере от 10 до 100% от страховой суммы по данному риску по факту хирургической операции. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
Независимо от выбранного из п.п. 14.8.а) -ф) Правил варианта выплат по риску «хирургическая операция», Договором страхования может быть предусмотрена страховая выплата только по операциям, размер страховой выплаты для которых равен или превышает 50% от страховой суммы по данному риску. Также Таблица выплат может быть сокращена по соглашению со Страхователем.
Размер страховой выплаты по всем страховым случаям, наступившим по риску «хирургическая операция» в течение срока страхования, не может превышать страховой суммы, установленной по данному риску (независимо от указанных в Договоре страхования вариантов выплат по данному риску, выбранных из п.п. 14.8.а) -ф) Правил).
- 14.9. при наступлении страхового случая «**диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции**» (по риску, указанному в п. 4.20. Правил) страховая выплата производится единовременно в размере от 10% до 100 % от страховой суммы по данному риску. Конкретный процент выплаты за то или иное заболевание определяется Договором страхования.
Договор страхования может предусматривать один из следующих вариантов осуществления страховой выплаты по данному риску:
- а) при наступлении смерти Застрахованного лица размер страховой выплаты уменьшается на сумму выплат, произведенных по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции».
 - б) при наступлении смерти Застрахованного лица страховая выплата производится независимо от произведенных выплат по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции», но только в том случае, если Застрахованное лицо прожило минимум 1 (Один) месяц

после диагностирования критического заболевания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

- с) договором страхования могут быть предусмотрены иные определения понятий, приведенных в приложениях № 26 и 27 Правил.
- 14.10. При наступлении страхового случая «инфицирование» (по рискам, указанным п.п. 4.20, 4.21 Правил) страховая выплата производится в размере от 10 до 100% от страховой суммы по данному риску. Точный размер страховой выплаты устанавливается по соглашению сторон и письменно закрепляется в Договоре страхования.
- 14.11. Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты по тому или иному страховому событию, указывается в Договоре страхования. Кроме того, Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок определения размера страховых выплат по соглашению между Страхователем и Страховщиком.
- 14.12. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловила последовательности событий, указанных в п.п. 4.1. - 4.20. Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому риску из этой последовательности уменьшается на сумму страховой выплаты, произведенной ранее Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью, если иной порядок осуществления страховой выплаты не предусмотрен Договором страхования.

XV. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

- 15.1. Страхователь обязан известить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня такого события, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события, может быть исполнена самим Застрахованным лицом по Договору страхования или Выгодоприобретателем.
- 15.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) с указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, номера Договора страхования, с подробным описанием обстоятельств страхового случая, даты произошедшего события и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или безналичным перечислением с указанием полных банковских реквизитов), а также документов, указанных в разделе XVI Правил, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового случая.
- 15.3. В отношении рисков, предусмотренных п.п. 4.21.b) и 4.22.b) Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязаны сообщить Страховщику обо всех происшествиях, способных повлечь наступление страхового события. Такое сообщение должно быть сделано любым способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, не позже, чем через 30 дней с момента указанного происшествия. Вместе с таким сообщением Страховщику должны быть представлены результаты анализа крови Застрахованного лица на наличие антител к ВИЧ или вирусному гепатиту (В или С), сделанного непосредственно после происшествия.
- 15.4. Если ни Страхователь, ни Застрахованное лицо, ни Выгодоприобретатель не имели возможности известить Страховщика о наступлении страхового события в пределах указанного в п. 15.1. Правил срока и предоставили доказательства того, что возможность своевременного извещения отсутствовала, Страховщик обязуется принять к рассмотрению претензию на страховую выплату.
- 15.5. При проведении страховой экспертизы Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан представлять всю имеющуюся у него информацию о состоянии здоровья, самочувствии Застрахованного лица, а также об обстоятельствах наступления страхового случая.
- 15.6. Если Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) отказалось представить необходимую для проведения страховой экспертизы информацию, сокрыло какие-то существенные данные, предусмотренные Правилами страхования, в результате чего Страховщик вынес необоснованное решение о страховой выплате, Страховщик вправе требовать возмещения своих расходов за счет Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).
- 15.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая выплата производится:
 - а) в течение 20 (двадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления о страховом случае и всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования. Принятие решения о признании / отказе в признании заявленного события страховым случаем и составление Страховщиком страхового Акта осуществляется в течение 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования. Страховая выплата производится в течение 5 (пять) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового Акта. Уведомление об отказе в выплате направляется в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия Страховщиком решения об отказе в признании заявленного события страховым случаем и составления страхового Акта.
 - б) в рублях или в рублевом эквиваленте (если страховая сумма указана в иностранной валюте) по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату наступления страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 15.8. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобре-

- тателя) по доверенности, оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 15.9. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на ее получение переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 15.10. Лица, виновные в смерти Застрахованного лица или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного лица, исключаются из списка получателей страховой выплаты.
- 15.11. При объявлении судом Застрахованного лица умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования. При признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.
- 15.12. Если в какой-либо момент после выплаты по смерти выясняется, что Застрахованное лицо живо, все страховые выплаты должны быть полностью возвращены Страховщику лицом, получившим эти выплаты.
- 15.13. Если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель является несовершеннолетним, то от его имени заявление подается его законным представителем.

XVI. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ.

- 16.1. Для решения вопроса о страховой выплате в случае **временной утраты трудоспособности в результате несчастного случая или болезни Застрахованного лица** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.1.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.1.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.1.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.1.4. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.1.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.1.6. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.1.7. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.1.8. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.1.9. 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);
- 16.1.10. 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);
- 16.1.11. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.1.12. 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;
- 16.1.13. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.1.14. 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 до момента наступления события;
- 16.1.15. 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 до момента наступления события;

- 16.1.16. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.1.17. 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;
- 16.1.18. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (Справка о ДТП 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);
- 16.1.19. водительское удостоверение (в случае наступления страхового события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.1.20. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.1.21. Заключение независимой экспертизы.
- 16.2. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **госпитализацией (нахождения в реанимации) в результате несчастного случая или болезни** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.2.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.2.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.2.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.2.4. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.2.5. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.2.6. 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);
- 16.2.7. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.2.8. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.2.9. 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;
- 16.2.10. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.2.11. 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 до момента наступления события;
- 16.2.12. 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 до момента наступления события;
- 16.2.13. Заключение независимой экспертизы.
- 16.3. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **хирургическими операциями в результате несчастного случая или болезни** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.3.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.3.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.3.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);

- 16.3.4. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.3.5. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.3.6. 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);
- 16.3.7. 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);
- 16.3.8. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.3.9. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.3.10. 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;
- 16.3.11. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.3.12. 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 до момента наступления события;
- 16.3.13. 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 до момента наступления события;
- 16.3.14. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.3.15. Заключение независимой экспертизы.
- 16.4. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **диагностированием критического заболевания и проведения серьезной операции** Застрахованному лицу Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.4.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.4.2. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.4.3. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.4.4. Копия Трудовой книжки;
- 16.4.5. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.4.6. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.4.7. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.4.8. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.4.9. 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;
- 16.4.10. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.4.11. 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 ме-

- дицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.4.12. 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 до момента наступления события;
- 16.4.13. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.4.14. Заключение независимой медицинской экспертизы.
- 16.5. Для решения вопроса о страховой выплате в случае **постоянной утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, болезни или профессионального заболевания** Застрахованного лица Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.5.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.5.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.5.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.5.4. Копия Трудовой книжки;
- 16.5.5. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.5.6. Справка установленного образца об установлении степени утраты трудоспособности;
- 16.5.7. Документы, подтверждающие установление степени утраты профессиональной трудоспособности, выданные Бюро медико-социальной экспертизы;
- 16.5.8. Листки нетрудоспособности из лечебных учреждений, где проводилось лечение;
- 16.5.9. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.5.10. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.5.11. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (Справка о ДТП 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);
- 16.5.12. водительское удостоверение (в случае наступления страхового события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.5.13. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.5.14. 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;
- 16.5.15. 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);
- 16.5.16. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.5.17. 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);
- 16.5.18. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.5.19. 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;
- 16.5.20. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.5.21. 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 учрежде-

- ний, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения договора страхования до момента наступления события;
- 16.5.22. 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 до момента наступления события;
- 16.5.23. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.24. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.25. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.5.26. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении.
- 16.6. Для решения вопроса о страховой выплате в связи с **инфицированием Застрахованного лица ВИЧ, вирусным гепатитом (В и С)** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.6.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.6.2. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.6.3. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.6.4. Реквизиты получателя страховой выплаты;
- 16.6.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.6.6. 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;
- 16.6.7. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.6.8. 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 до момента наступления события;
- 16.6.9. 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 до момента наступления события;
- 16.6.10. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.6.11. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) амбулаторного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- 16.6.12. Выписка(-и) из медицинской(-их) карты(-т) стационарного больного с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации);
- 16.6.13. Медицинские документы, подтверждающие инфицирование/наличие у Застрахованного лица ВИЧ, СПИДа или вирусного гепатита (В или С), содержащие информацию о дате инфицирования;
- 16.6.14. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.6.15. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подтверждающий взятие инфицированного больного на учет.
- 16.7. Для решения вопроса о страховой выплате в случае установления **инвалидности в результате несчастного случая или болезни** Застрахованному лицу Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.7.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.7.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.7.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя, Застрахованного (копии страниц с

- регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (если Застрахованное лицо ребенок до 14 лет, а также в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.7.4. Реквизиты Получателя страховой выплаты;
- 16.7.5. Копия Трудовой книжки;
- 16.7.6. Справка установленного образца об установлении группы инвалидности (в случае повторного установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.7. Акт медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Акты, выданные при предшествующих освидетельствованиях);
- 16.7.8. Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (в случае повторного установления инвалидности – Направления, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.9. Протокол проведения медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – Протоколы, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- 16.7.10. Листок нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- 16.7.11. Медицинский документ о первичном обращении с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы, проведенном обследовании, лечении;
- 16.7.12. Результаты проведенных диагностических исследований;
- 16.7.13. 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);
- 16.7.14. 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);
- 16.7.15. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.7.16. 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;
- 16.7.17. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.7.18. 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 до момента наступления события;
- 16.7.19. 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 до момента наступления события;
- 16.7.20. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.7.21. 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;
- 16.7.22. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (Справка о ДТП 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);
- 16.7.23. водительское удостоверение (в случае наступления события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.7.24. Выписка из протокола органов внутренних дел/Постановление соответствующего органа МВД (если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц);
- 16.7.25. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.26. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;

- 16.7.27. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.28. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.7.29. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом;
- 16.7.30. Заключение независимой медицинской экспертизы.
- 16.8. Для решения вопроса о страховой выплате в случае наступления **смерти Застрахованного лица** Страховщику должны быть предоставлены:
- 16.8.1. Заявление на выплату страхового обеспечения;
- 16.8.2. Страховой полис/Договор страхования со всеми приложениями к нему и квитанции об оплате страховых премий (для Страхователей - физических лиц);
- 16.8.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Получателя (Выгодоприобретателя) (копии страниц с регистрацией и фото); Свидетельство о рождении (в случае когда Получателем является законный представитель несовершеннолетнего Застрахованного);
- 16.8.4. Реквизиты получателя (Выгодоприобретателя) страховой выплаты;
- 16.8.5. Свидетельство о праве на наследство по закону (если договором страхования не определен Выгодоприобретатель);
- 16.8.6. Копия Трудовой книжки;
- 16.8.7. Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
- 16.8.8. Медицинское свидетельство о смерти;
- 16.8.9. Справка о смерти;
- 16.8.10. Посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);
- 16.8.11. 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);
- 16.8.12. Постановление органов внутренних дел/выписка из протокола органов внутренних дел (в случае наступления смерти вне медицинского учреждения);
- 16.8.13. 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);
- 16.8.14. 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);
- 16.8.15. Переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- 16.8.16. 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;
- 16.8.17. Выписки из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания за 10 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события), месту регистрации (всех мест регистрации за 10 лет до заключения Договора страхования 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 до момента наступления события);
- 16.8.18. Акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1/Акт расследования несчастного случая (если имел место несчастный случай на производстве);
- 16.8.19. 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;
- 16.8.20. Документы из компетентных органов, подтверждающих обстоятельства произошедшего события (Справка о ДТП 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);
- 16.8.21. водительское удостоверение (в случае наступления события в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованное лицо управляло транспортным средством);
- 16.8.22. 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 до момента наступления события;
- 16.8.23. 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 до момента наступления события;

- 16.8.24. Выписка из онкологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.25. Выписка из наркологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.26. Выписка из противотуберкулезного диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.27. Выписка из психоневрологического диспансера с информацией о дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
- 16.8.28. Документ, выданный Центром по профилактике и борьбе со СПИДом;
- 16.8.29. 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);
- 16.8.30. Решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного умершим.
- 16.9. Страховщик оставляет за собой право сократить данный перечень документов для проведения страховой выплаты.
- 16.10. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный (апостилированный) перевод. 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.

XVII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

Все споры по Договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

- Приложение 1: Таблица выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности;
- Приложение 2: Таблица выплат при постоянной полной утрате трудоспособности;
- Приложение 3: Таблица выплат «Континентальная»;
- Приложение 4: Критерии установления страхового случая;
- Приложение 5: Таблица выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности;
- Приложение 6: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1);
- Приложение 7: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №2);
- Приложение 8: Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №3);
- Приложение 9: Таблица выплат при переломах и ожогах;
- Приложение 10: Таблицы страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- Приложение 11: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности «Базовая»;
- Приложение 12: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности «Корпоративная»;
- Приложение 13: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности «Универсальная»;
- Приложение 14: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности «Европейская»;
- Приложение 15: Таблица «Переломы»;
- Приложение 16: Таблица «Ожоги»;
- Приложение 17: Таблица «Травмы мягких тканей»;
- Приложение 18: Таблица «Заболевания»;
- Приложение 19: Таблица страховых выплат при временной утрате трудоспособности «Унифицированная»;
- Приложение 20: Перечень увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким;
- Приложение 21: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №1;
- Приложение 22: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №2;
- Приложение 23: Таблица страховых выплат при хирургических операциях №3;
- Приложение 24: Перечень хирургических операций (полный);
- Приложение 25: Перечень хирургических операций (сокращенный);
- Приложение 26: Перечень критических заболеваний и серьезных операций №1;
- Приложение 27: Перечень критических заболеваний и серьезных операций №2;
- Приложение 28: Таблица базовых страховых тарифов;
- Приложение 29: Образец заявления на страхование;
- Приложение 30: Образец договора страхования;
- Приложение 31: Образец полиса;
- Приложение 32: Перечень телесных повреждений.

**Директор Департамента страхования от несчастных случаев
и болезней ОАО СК «Альянс»**

Д.Б. Шарафутдинов