

УТВЕРЖДЕНЫ  
Приказом № 653  
от 29 декабря 2017 г.

Первоначальная редакция утверждена  
Приказом № 45 от 30.01.2012,  
Последующие изменения внесены  
Приказами: № 13 от 15.01.2014, № 657 от  
09.12.2014, № 712 от 30.12.2014, № 217 от  
15.04.2015, № 272 от 30.06.2016, № 596 от  
19.12.2017

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ  
СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

(номер по классификатору 12, редакция 8)

\*с 08.08.2019 года компания переименована, вместо слов  
«Государственная страховая компания» читать  
«Группа страховых компаний».

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения. Субъекты страхования .....	3
2. Термины и понятия .....	6
3. Объект страхования .....	8
4. Страховые риски, страховые случаи .....	8
5. Страховая сумма.....	12
6. Страховой тариф. Страховая премия .....	12
7. Действие договора страхования. Период страхования.....	12
8. Территория страхования.....	13
9. Договор страхования, порядок его заключения, прекращения, внесения изменений и дополнений.....	13
10. Права и обязанности сторон.....	17
11. Действия сторон при наступлении события с признаками страхового случая .....	19
12. Объем обязательств страховщика.....	23
13. Основания, освобождающие страховщика от выплаты страхового возмещения. Отказ в выплате страхового возмещения.....	26
14. Порядок разрешения споров .....	26
15. Почтовые уведомления .....	27

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие «Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней» (далее – «Правила») разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – «РФ») и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное общество «Государственная страховая компания «Югория» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

1.2. Под договором добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – «договор», «договор страхования») в настоящих Правилах понимается соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемых «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в пределах обусловленной договором страховой суммы.

1.3. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора. По соглашению Сторон договор может содержать условия изменяющие, исключаящие или дополняющие положения настоящих Правил.

1.4. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями договора страхования, преимущественную силу имеют положения договора.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования, программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (далее – страховой продукт), ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей / Застрахованных лиц. Такие условия страхования, страховые программы прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия страховым продуктам, выпускаемым на основе настоящих Правил.

1.7. Субъекты страхования – Страховщик и лица, указанные в договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

1.8. **Страховщик** – Акционерное общество «Государственная страховая компания «Югория», действующее на основании полученной лицензии.

1.9. **Страхователь** – юридическое и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования и уплатившее страховую премию. Страхователями могут выступать российские, иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства.

1.10. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – гражданин РФ, иностранный гражданин или лицо без гражданства, в отношении жизни и здоровья которого Стороны заключили договор страхования.

1.10.1. Страхователь – физическое лицо вправе при заключении договора страхования назначить Застрахованным лицом себя либо третье лицо. В случае если договор заключен Страхователем – физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи – юридические лица заключают договор страхования в отношении Застрахованных – физических лиц, указанных в договоре.

1.10.2. Могут быть приняты на страхование на специальных условиях следующие категории граждан:

1.10.2.1. являющиеся инвалидами I, II, III группы, имеющие присвоенную категорию «Ребенок-инвалид», имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ);

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

1.10.2.2. находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и/или здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа, либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме и т.п.);

1.10.2.3. имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и/или связанные с ними состояния:

- кожно-венерологические;
- органов: зрения, слуха, дыхания, пищеварения;
- костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- сердечно-сосудистой системы, системы кровообращения;
- крови и кроветворных органов;
- нервной системы;
- мочеполовой системы;
- эндокринной системы и нарушение обмена веществ;
- туберкулез, гепатит (кроме гепатита А), ВИЧ-инфекция, СПИД;
- доброкачественные или злокачественные новообразования любой локализации, включая злокачественные или доброкачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, а также новообразования неопределенного или неизвестного характера;

- нервно-психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.10.2.4. проходящие службу в вооруженных силах;

1.10.2.5. отбывающие на момент заключения договора страхования наказание в виде лишения или ограничения свободы, находящиеся под арестом, в отношении которых производятся оперативно-розыскные мероприятия, возбуждено уголовное дело; приговоренные к смертной казни / пожизненному заключению;

1.10.2.6. беременные женщины, независимо от срока беременности.

1.10.2.7. Лица считаются застрахованными на согласованных со Страховщиком условиях, если характеристики, указанные в пунктах 1.10.2.1.-1.10.2.6. специально оговорены в договоре страхования.

1.10.2.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику сведения, указанные в пунктах 1.10.2.1.-1.10.2.6. настоящих Правил (т.е. Страхователь сообщил ложные сведения об отсутствии обстоятельств, имеющих существенное значение для определения страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

1.11. **Выгодоприобретатель** – лицо (физическое или юридическое), назначенное Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты.

1.11.1. Право на получение страховой выплаты принадлежит Застрахованному лицу, если в договоре прямо не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

1.11.2. В период страхования Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, лишь с письменного согласия Застрахованного лица, уведомив об этом в письменной форме Страховщика.

Уведомление о замене Выгодоприобретателя оформляется в виде заявления. При подаче заявления о замене Выгодоприобретателя Страхователь должен:

- при личном обращении представить Страховщику договор страхования (полис), предъявить паспорт либо документ, заменяющий его, а также нотариально удостоверенное письменное согласие Застрахованного лица;

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

- при обращении по почте направить заявление с обязательным приложением нотариально удостоверенных копий: паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, договора (полиса) страхования, нотариально удостоверенного письменного согласия Застрахованного лица на замену Выгодоприобретателя.

Днем надлежащего уведомления считается день получения Страховщиком заявления.

1.11.3. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей (уплатил страховую премию или её часть, сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора, уведомил Страховщика о наступлении страхового случая и др.) по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

1.11.4. Выгодоприобретатель, определенный договором страхования без указания страхового случая, при наступлении которого он имеет право на получение страховой выплаты, является Выгодоприобретателем исключительно на случай смерти Застрахованного лица.

1.12. Лицо, намеренное заключить договор страхования, Страхователь, Выгодоприобретатель, а также Застрахованное лицо на основании настоящих Правил, в соответствии с законодательством РФ, в том числе, Федеральным законом "О рекламе" от 13.03.2006 № 38-ФЗ, Федеральным законом от 07.07.2003 № 126-ФЗ "О связи", Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подписывая договор страхования и/или Заявление о страховании и иные документы, выражают Страховщику, а также любому его уполномоченному представителю, согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях проверки добросовестности и надежности, обеспечения исполнения заключенного договора страхования, продления правоотношений со Страховщиком, в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика и их продвижения на рынке, информационного взаимодействия, в том числе посредством СМС-рассылок, рассылок по электронной почте, урегулирования убытка в случаях обращения за страховой выплатой (установления факта, обстоятельств, причин, причинно-следственных связей и последствий страхового события, определения характера и объема вреда, причиненного здоровью, в том числе сведений о состоянии здоровья и его изменениях, как на дату заключения договора страхования, так и в течение предшествующих 3 (трех) лет, в том числе, посредством прямого контакта с помощью средств связи, для формирования бюро страховых историй, для любых законных целей), а также выражают Страховщику согласие, в том числе после их смерти, на запрос и получение любой медицинской и иной документации у третьих лиц, организаций и граждан, в том числе, медицинских учреждений, бюро судебно-медицинской экспертизы, бюро кредитных и страховых историй, учреждений обязательного медицинского страхования (далее ОМС), Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), органов социальной защиты, правоохранительных органов (ОВД, суда, прокуратуры, ГИБДД, ГИМС и пр.), на предоставление информации Выгодоприобретателю об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным) обязательств по договору страхования, в том числе информации об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении, вероятности наступления страховых случаев, о страховой выплате и другой имеющей отношение к Застрахованному лицу и/или заключенному договору страхования информации.

Для осуществления вышеуказанных целей, Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством РФ.

Указанное согласие Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования при его заключении, либо 5 (пяти) лет с даты подачи Заявления о страховании Страховщику. Согласие может быть отозвано лицом, давшим такое согласие (Страхователем, Застрахованным и пр.) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

Страхователь, а также Застрахованное лицо, на основании настоящих Правил, предоставляют Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, иных услуг и защитой прав Застрахованного лица, а также предоставляют право медицинским учреждениям, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) получали, получают, будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику любые сведения о Застрахованном лице, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан» (Ст.13). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя, в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний, иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.13. Подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 1. 12. Правил.

1.14. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

1.15. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством РФ.

1.16. Отношения Сторон по договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или договором страхования, регулируются законодательством РФ.

## 2. ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

В настоящих Правилах используются следующие термины и понятия:

2.1. **Активный отдых** – способ проведения свободного времени, разновидность хобби, в процессе которого Застрахованное лицо занимается активными видами деятельности, требующими определенной физической нагрузки либо имеющими повышенный риск травматизма: катание на аттракционах в парках (при условии, что правила техники безопасности не были нарушены), катание на велосипедах, катание на роликах всех типов, катание на скейтбордах и коньках, катание на самокатах, лыжные прогулки (за исключением катания на моноколесе (моноцикле, одноколесном сигвее), гироскутере).

2.2. **Болезнь (заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное

врачом после вступления договора страхования в силу, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем в заявлении о страховании (приложении к договору страхования) и принятого Страховщиком на страхование, если такое нарушение состояния здоровья или обострение врожденного/хронического заболевания повлекли наступление страхового случая.

2.3. **Временная утрата трудоспособности (расстройство здоровья)** – нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, требующее временного освобождения от работы (учебы) либо лечебно-охранительного режима, возникшее в результате несчастного случая и/или заболевания, не позволяющее Застрахованному лицу заниматься какой-либо трудовой деятельностью на протяжении определенного ограниченного периода времени и документально подтвержденное в соответствии с действующим законодательством.

2.4. **Заявитель** – лицо, предъявившее Страховщику требование о страховой выплате (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

2.5. **Период страхования** – отрезок времени, в течение которого произошедшие события, отвечающие признакам, изложенным в договоре страхования, Страховщиком рассматриваются в качестве страхового случая.

2.6. **Постоянная утрата общей трудоспособности** – нарушение здоровья Застрахованного лица со стойким расстройством функций организма по причине несчастного случая или болезни, сопровождающееся установлением Застрахованному лицу группы инвалидности (лицу до 18 лет категории «Ребенок-инвалид»). Признание Застрахованного лица инвалидом и установление ему группы (категории) инвалидности осуществляется государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) в порядке, установленном законодательством РФ.

2.7. **Профессиональная трудоспособность** – способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

2.8. **Профессиональное заболевание** – заболевание, вызванное воздействием на организм человека в процессе его трудовой деятельности опасных веществ и производственных факторов, свойственных для данной профессии, или особых условий труда, сопутствующих данной профессии.

2.9. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемая Страхователем Страховщику, при оплате страховой премии в рассрочку.

2.10. **Страховая выплата** – выплата страховой суммы или ее части, производимая Страховщиком, в связи со страховыми случаями в соответствии с условиями договора страхования.

2.11. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

2.12. **Страховой риск** – вероятное событие, или совокупность событий, на случай наступления которых проводится страхование.

2.13. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии с условиями страхования.

2.14. **Страховая сумма** – определенная сторонами договора страхования денежная сумма, исходя из которой Страховщик определяет размер страховой премии, а также размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

2.15. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а так же других условий страхования.

2.16. **Травматическое повреждение (травма)** – нарушение анатомической целостности костей, тканей или органов человека с расстройством их функции, обусловленное воздействием различных факторов окружающей среды (механических,

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

химических, термических). К травме относятся: перелом, вывих, ушиб, ранение, ожог, отморожение, поражение электротоком, сдавление, повреждение мышц, связок, сухожилий, а так же полная или частичная потеря органа.

2.17. **Утрата профессиональной трудоспособности** – стойкая потеря Застрахованным лицом способности к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности).

2.18. **Франшиза** - предусмотренная условиями договора страхования часть убытка, не подлежащая компенсации Страховщиком.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

### 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховые риски:

4.1.1. **Группа рисков А:** несчастный случай – внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, возникшее в период страхования помимо его воли, повлекшее за собой травму, иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. К таким событиям относятся: стихийное явление природы, взрыв, действие электрического тока, удар молнии, солнечный удар, нападение третьих лиц или животных, падение какого-либо предмета, внезапное удушение, утопление, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное острое отравление вредными продуктами или веществами (ядовитыми растениями, химическими веществами, лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами), ожоги, ранения, отморожения, укусы насекомых, движение средств транспорта, машин, механизмов, их авария, использование орудий производства и всякого рода инструментов.

К несчастным случаям также относится падение Застрахованного лица, а также резкое физическое перенапряжение конечностей или позвоночника, в результате чего происходит вывих сустава, частичный или полный разрыв мышц, сухожилий, связок или сосудов.

4.1.2. **Группа рисков Б** – заболевания, впервые диагностированные в период страхования.

4.1.3. **Группа рисков В** – обострение хронических заболеваний в период страхования.

4.1.4. **Группа рисков Г** – несчастный случай на производстве и профессиональные заболевания, впервые диагностированные в период страхования.

4.1.5. Договор страхования может заключаться в отношении одной группы рисков, относящихся к группе А, Г, либо по нескольким рискам, по выбору Страхователя, но при этом риски, относящиеся к группе Б и В, на страхование не принимаются без рисков, относящихся к группе А.

4.2. Страховыми случаями признаются:

4.2.1. **Постоянная утрата общей трудоспособности** – инвалидность, установленная впервые в результате:

4.2.1.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – **А1**);

4.2.1.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования (далее по тексту – **Б1**);



Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

- 4.2.1.3. обострения хронических заболеваний в период страхования (далее по тексту – **В1**).
- 4.2.2. **Смерть Застрахованного лица** в результате:
- 4.2.2.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – **А2**);
- 4.2.2.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования (далее по тексту – **Б2**);
- 4.2.2.3. обострения хронических заболеваний в период страхования (далее по тексту – **В2**).
- 4.2.3. **Временная утрата трудоспособности** (расстройство здоровья) в результате:
- 4.2.3.1. несчастного случая, произошедшего в период страхования (далее по тексту – **А3**);
- 4.2.3.2. заболеваний, впервые диагностированных в период страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (далее по тексту – **Б3**);
- 4.2.3.3. обострения хронических заболеваний в период страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (далее по тексту – **В3**).
- 4.2.4. **Утрата профессиональной трудоспособности** в результате:
- 4.2.4.1. несчастного случая на производстве, произошедшего в период страхования (далее по тексту – **Г4**);
- 4.2.4.2. профессионального заболевания, впервые диагностированного в период страхования (далее по тексту – **Г5**).
- 4.3. Договор страхования может заключаться на случай наступления одного или нескольких страховых событий, обусловленных п. 4.2.1., 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4.
- 4.4. Произошедшие события, указанные в п. 4.2.1., 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4. настоящих Правил не признаются страховыми, если они произошли в состоянии опьянения Застрахованного в результате употребления различных спиртов, спиртосодержащих технических жидкостей, растворителей, кислот, щелочей, галлюциногенных, психотропных, наркотических, а также сильнодействующих веществ без назначения врача (далее – «любой вид опьянения») или явились **следствием**:
- 4.4.1. незастрахованных рисков (рисков, не указанных в п. 4.1.1., 4.1.2, 4.1.3 и 4.1.4 настоящих Правил и/или договоре страхования);
- 4.4.2. занятия Застрахованных лиц, включая соревнования и тренировки, спортом, если риск наступления страхового случая во время занятия спортом не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем; активного отдыха Застрахованных лиц, если он не предусмотрен договором страхования.
- Если в договоре страхования предусмотрен активный отдых, занятия Застрахованного лица спортом, то не являются страховыми события, явившиеся следствием несоблюдения Застрахованным лицом техники безопасности, нарушения правил эксплуатации и/или нецелевого использования оборудования, неисполнения требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятиями Застрахованного лица спортом, и/или его активным отдыхом;
- 4.4.3. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступления и/или участия в незаконной деятельности, любых противоправных действий, находящихся в причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая;
- 4.4.4. управления Застрахованным лицом любым (наземным, воздушным, водным) транспортным средством без права на управление соответствующей категории, либо в

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

состоянии любого вида опьянения; передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему права управления соответствующей категории либо находящемуся в состоянии любого вида опьянения;

4.4.5. участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего или гражданского служащего, если риск наступления страхового случая во время указанных мероприятий не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем;

4.4.6. отравления или употребления алкоголя и/или наркотических и/или психотропных веществ (без назначения врача), как однократного, так и длительного;

4.4.7. несоблюдения Застрахованным рекомендаций лечащего врача и сроков лечебно-охранительного режима;

4.4.8. самолечения Застрахованного лица, использования методов нетрадиционной медицины, вызвавших ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;

4.4.9. неправильных медицинских манипуляций и неблагоприятных последствий диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции лекарств);

4.4.10. патологического перелома, привычного вывиха;

4.4.11. косметической или пластической операции;

4.4.12. события, прямо или косвенно вызванного психическим заболеванием Застрахованного лица, вне зависимости от давности выявления и классификации заболевания;

4.4.13. заболеваний, о которых при заключении договора страхования и в период его действия Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику;

4.4.14. любых заболеваний или состояний, на развитие которых повлияли беременность (включая прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям) и роды, если при заключении договора страхования или в период страхования Страховщику не сообщено о наличии беременности и не произведена соответствующая уплата страховой премии;

4.4.15. перенесенного панариция, диагностированного в течение первых 10 дней периода страхования;

4.4.16. кожно-венерологических и передающихся половым путем заболеваний.

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил **вследствие:**

4.5.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением случая смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет.

4.5.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

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

4.6. Страховая выплата не производится и Страховщиком не рассматриваются в качестве страховых случаев следующие события:

4.6.1. заболевания, длительность непрерывного лечения которых составила менее 22 календарных дней (за исключением случаев наступления смерти в результате заболевания);

4.6.2. периодические обследования в целях контроля или наблюдения, а также реабилитационное либо восстановительное лечение;

4.6.3. пребывание в учреждениях для длительного лечения и ухода (домах престарелых, наркологических центрах и др.), а также курсы лечения в оздоровительных центрах, институтах или реабилитационно-восстановительных центрах;

Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

4.6.4. очередное/внеочередное переосвидетельствование последствий (ранений, травм, контузий) и/или заболеваний при изменении группы инвалидности, либо установления степени утраты профессиональной трудоспособности, в том числе, в результате очередного переосвидетельствования при наличии группы инвалидности / категории «ребенок-инвалид».

4.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

4.7.1. произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) или Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами страхования или нормами действующего законодательства;

4.7.2. Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки при наступлении страхового события;

4.7.3. Страхователь не уведомил Страховщика о наступлении события, повлекшего причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица, в установленные договором страхования и настоящими Правилами сроки, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события, или что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности по страховой выплате.

4.8. По Договору страхования, предусматривающему страховую выплату по риску АЗ, в соответствии с вариантом II или III Порядка определения размера страховой выплаты, указанного в п. 12.4. настоящих Правил, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если характер повреждения не предусмотрен Таблицей № 1 размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями по рискам АЗ, БЗ, ВЗ (Приложение № 3 к Правилам).

4.9. Страхованием могут покрываться отдельные случаи, вызванные нахождением Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения. Описание таких условий должно прямо содержаться в соглашении Страхователя и Страховщика (договоре страхования, страховом полисе).

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма определяется при заключении договора страхования по соглашению Сторон и устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

5.2. Страховая сумма может быть установлена как в целом по договору страхования, так и отдельно по каждому страховому риску и/или страховому случаю.

5.3. Страховая сумма уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты ее осуществления.

5.4. Страховая сумма устанавливается в рублях.

## 6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая премия исчисляется исходя из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

6.1.1. Страховые тарифы дифференцируются в зависимости от периода страхования, страховых рисков, возраста, профессии, образа жизни, состояния здоровья Застрахованного лица, а также иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

6.2. Страховой тариф определяется по соглашению Сторон при заключении договора страхования.

6.3. По договорам страхования, заключенным на срок менее одного года, уплата страховой премии Страхователем производится единовременным платежом, при этом страховой тариф определяется в процентах от годового тарифа:

Срок страхования, мес.										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	80%	85%	90%	95%

6.3.1. При заключении договора страхования на период более одного, но менее двенадцати месяцев при определении страхового тарифа неполный месяц принимается за полный.

6.4. По договору, заключенному на один год и более, Страхователю может быть предоставлено право уплаты страховой премии в рассрочку.

6.4.1. Для уплаты рассроченной премии Страхователю условиями договора страхования устанавливается период, в течение которого он обязан внести очередной взнос.

6.5. Страховая премия может быть оплачена в наличном или в безналичном порядке. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

## 7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования начинается с момента подписания Сторонами договора страхования и оканчивается в момент, указанный в договоре страхования как срок окончания периода страхования.

Обязательства Страховщика распространяются на страховые случаи, произошедшие в период страхования.

7.2. Период страхования по договору может устанавливаться:

7.2.1. круглосуточно (24 часа в сутки);

7.2.2. на период исполнения Застрахованным лицом должностных обязанностей;

7.2.3. на период поездки;

7.2.4. на время занятия Застрахованным лицом спортом;

7.2.5. на другие периоды времени.

7.3. Период страхования устанавливается по соглашению Сторон.

7.4. Период страхования начинается:

7.4.1. по рискам А, Г – не ранее, чем с 00 час.00 мин. даты, следующей за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса;

7.4.2. по рискам **Б** и **В** – не ранее, чем с 00 час.00 мин. одиннадцатого дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

7.5. Период страхования прекращается в 23 часа 59 минут даты окончания периода страхования, указанной в договоре страхования, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

## **8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Территорией страхования является территория, в пределах которой произошедшие события, предусмотренные условиями договора страхования, рассматриваются Страховщиком в качестве страховых случаев.

8.2. Если иное специально не предусмотрено условиями договора страхования, территорией страхования является любая территория, за исключением зон военных действий, иных военных мероприятий, а также зон, подверженных радиоактивному заражению.

## **9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ**

9.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя.

9.2. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику следующие сведения и документы:

9.2.1. Для **физического лица**:

9.2.1.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя и Застрахованного лица;

9.2.1.2. документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ;

9.2.1.3. идентификационный номер налогоплательщика (далее – ИНН) Страхователя / Застрахованного лица (при наличии);

9.2.1.4. анкету физического лица;

9.2.1.5. полный почтовый и фактический адрес Страхователя;

9.2.1.6. контактную информацию: номера телефонов, адрес электронной почты;

9.2.2. Для **юридического лица**:

9.2.2.1. полное и сокращенное наименование организации;

9.2.2.2. ИНН или код иностранной организации, свидетельство о государственной регистрации юридического лица, учредительные документы;

9.2.2.3. полный почтовый и фактический адрес, реквизиты банковского счета, контактную информацию;

9.2.2.4. анкету юридического лица.

9.2.3. Для индивидуального предпринимателя:

9.2.3.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя (Застрахованного лица);

9.2.3.2. свидетельство о регистрации индивидуального предпринимателя, ИНН;

9.2.3.3. полный почтовый и фактический адрес, реквизиты банковского счета, контактную информацию;

9.2.3.4. анкету индивидуального предпринимателя.

9.2.4. Документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя.

9.2.4.1. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов, запрашиваемых у Страхователя.

9.3. При коллективном страховании Страхователь предоставляет поименный список лиц, подлежащих страхованию (с указанием паспортных данных, места жительства, даты рождения), подписанный уполномоченным лицом Страхователя (юридического лица)

и заверенный его печатью, в отношении которых заключается договор страхования, с указанием Выгодоприобретателя на случай смерти, который назначается Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица.

9.4. При заключении договора страхования, Страхователь / Застрахованное лицо обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю / Застрахованному лицу обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (далее – обстоятельства, имеющие значение для определения страхового риска) в отношении принимаемого на страхование лица (лиц).

9.5. Обстоятельствами, имеющими значение для определения страхового риска, признаются сведения, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, договоре страхования, заявлении о страховании, в том числе:

9.5.1. сведения о состоянии здоровья (включая сведения, предусмотренные п. 1.10.2 настоящих Правил);

9.5.2. сведения о занятости и профессиональной деятельности (место работы, должность, наличие вредных производственных факторов, участие в испытаниях военной техники и иных подобных операциях, наличие командировок, служба в вооруженных силах);

9.5.3. сведения об образе жизни (занятие спортом, путешествия, экспедиции, наличие вредных привычек и т.д.);

9.5.4. сведения о финансовом положении (суммарный годовой доход за последний год, наличие невыплаченных кредитов/займов).

9.5.5. В случае необходимости, Страховщик вправе запросить справку 2-НДФЛ или декларацию 3-НДФЛ за два года, предшествующих дате заключения договора для подтверждения размера дохода, указанного Страхователем, сведения из бюро кредитных и страховых историй;

9.5.6. сведения о действующих договорах страхования в других страховых компаниях.

9.5.7. В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать личного присутствия Застрахованного лица, а так же запросить у Страхователя / Застрахованного лица следующую медицинскую документацию, которую Страхователь / Застрахованное лицо обязан предоставить как при заключении, так и при исполнении договора страхования:

9.5.7.1. справки из ЛПУ с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения договора;

9.5.7.2. копию медицинской карты, заверенную ЛПУ (по запросу Страховщика – оригинал); выписки из амбулаторной/стационарной медицинских карт за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь;

9.5.7.3. копию (по запросу Страховщика – оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;

9.5.7.4. копию (по запросу Страховщика – оригинал) Истории развития ребенка;

9.5.7.5. копию направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности;

9.5.7.6. копию паспорта здоровья (по запросу Страховщика – оригинал).

9.6. В период действия договора страхования Страхователь / Застрахованное лицо обязаны незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются все изменения обстоятельств, указанные в договоре страхования, Заявлении на заключение договора страхования, в п. 9.5 настоящих Правил, и любое изменение этих обстоятельств признается существенным и влияющим на увеличение страхового риска.

9.6.1. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной в предыдущем абзаце обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора

9.6.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

9.6.3. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с действующим законодательством.

9.7. Для определения степени риска Страховщик имеет право требовать прохождения медицинского обследования Застрахованного лица за счет Страхователя, если иной порядок не согласован Сторонами. Отказ от прохождения медицинского освидетельствования является отказом от акцепта предложения о заключении Договора в соответствии с законодательством РФ.

9.8. Страховщик вправе отложить оформление договора страхования, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного лица, находится на госпитализации и/или временно нетрудоспособно, по иным причинам, связанным с нарушением состояния здоровья, либо до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование или результатов его медицинского обследования.

9.9. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении о страховании, введение Страховщика в заблуждение, а так же предоставление поддельных документов, дает Страховщику право требовать признания договора страхования недействительным в соответствии с п. 2 статьи 179 ГК РФ.

9.10. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

9.11. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

9.12. Договор страхования заключается путем составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его устного или письменного заявления полиса, подписанного Страховщиком.

9.13. Страховой полис вручается Страхователю в следующие сроки:

9.13.1. в день заключения договора страхования при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса наличными деньгами представителю Страховщика;

9.13.2. в течение 14 календарных дней после поступления страховой премии на счет Страховщика.

9.14. В случае утраты страхового полиса в период страхования Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный полис считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

9.15. При повторной утрате полиса в период страхования для получения дубликата полиса Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления полиса. Все изменения договора оформляются в виде дополнительного соглашения к договору.

9.16. Договор страхования прекращается в установленном законодательством или сторонами порядке:

9.16.1. по истечении периода страхования, установленного в договоре;

9.16.2. в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

9.16.3. в случае ликвидации Страховщика и/или Страхователя в установленном законодательством порядке;

9.16.4. по решению суда;

9.16.5. если после начала периода страхования возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ), в частности, в случае смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем наступление страхового случая;

9.16.6. в случае неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные договором страхования сроки. Договор страхования прекращает свое действие с 00.00 часов дня, следующего за датой, указанной в договоре страхования как срок оплаты очередного страхового взноса, при этом, у Страховщика не возникает обязательств страховой выплаты по страховым случаям, произошедшим после истечения указанного срока;

9.16.7. при отказе Страхователя от договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала (п. 2 ст. 958 ГК РФ);

9.16.8. при отказе Страхователя от уплаты дополнительного страхового взноса при изменении обстоятельств, существенно влияющих на увеличение страхового риска;

9.16.9. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ и договором страхования.

9.17. При досрочном прекращении действия договора, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 9.16.5. настоящих Правил), Страховщик возвращает Страхователю фактически уплаченные им по договору взносы, удержав часть страховых взносов за период, в течение которого действовал договор.

9.18. При отказе Страхователя от договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала (п. 9.16.7. настоящих Правил), страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п. 9.19. настоящих Правил, а также, если иное не предусмотрено соглашением Страхователя и Страховщика. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

9.19. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения («период охлаждения»), если больший срок не предусмотрен условиями отдельных договоров (страховых продуктов), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая при этом оплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в следующем порядке:

9.19.1. в случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала периода страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

9.19.2. в случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения, но после даты начала периода страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия периода страхования до даты прекращения действия периода страхования;

9.19.3. договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней с даты его заключения.



9.19.4. возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **10.1. Страхователь имеет право:**

10.1.1. требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;

10.1.2. получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты;

10.1.3. отказаться от договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.1.4. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством РФ;

10.1.5. вносить по согласованию со Страховщиком изменения в условия договора;

### **10.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:**

10.2.1. сообщить Страховщику при заключении договора страхования всю необходимую информацию обо всех обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения страхового риска;

10.2.2. предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

10.2.3. получить от Застрахованных лиц письменное согласие на обработку Страховщиком их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 1.12. Правил.

10.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные договором;

10.2.5. предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного лица, необходимую для заключения и исполнения Договора страхования;

10.2.6. незамедлительно сообщать Страховщику в письменном виде о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются изменения любых сведений, из указанных в договоре страхования, заявлении Страхователя о заключении договора страхования, в том числе сведений, указанных в п. 1.10.2 и п. 9.5. настоящих Правил.

10.2.7. доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком, в течение 5 (Пяти) рабочих дней;

10.2.8. незамедлительно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов (иных средств связи), а так же об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы, профессии;

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

10.2.10. в течение 35 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика), о наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

10.2.11. соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с Правилами страхования, условиями договора и/или запросом Страховщика;

10.2.12. пройти по требованию Страховщика медицинское освидетельствование как при заключении Договора страхования, так и при его исполнении в любое время, представить медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного лица;

10.2.13. исполнять иные положения настоящих Правил и договора страхования;

**10.3. Страховщик имеет право:**

10.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем/Застрахованным, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

10.3.2. Проверять выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений настоящих Правил и договора;

10.3.3. Перед заключением договора страхования и при его исполнении потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья (указанных в п. 9.5.6. настоящих Правил);

10.3.4. При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени страхового риска по договору страхования, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с законодательством РФ.

10.3.5. В случае, если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях обстоятельств, сообщенных при заключении договора страхования, потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10.3.6. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен пп. 11.2.-11.3. настоящих Правил или договором страхования, а так же самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с заявленным событием и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

10.3.7. отсрочить принятия решения по заявленному событию, имеющему признаки страхового случая:

10.3.7.1. до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в пп. 11.2.-11.3. настоящих Правил и оформленных в соответствии с требованиями пп. 11.5.-11.9. настоящих Правил;

10.3.7.2. до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, в случае возбуждения по обстоятельствам наступления заявленного события уголовного дела.

**10.4. Страховщик обязан:**

10.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора;

10.4.2. при наступлении страхового случая, произвести страховую выплату в течение предусмотренного настоящими Правилами срока, после получения всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

10.4.3. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора.

10.5. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в связи с заключением и исполнением отдельных условий договора страхования, обо всех

участниках договора страхования, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ.

## **11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

11.1. При наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование, Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:

11.1.1. принять разумные и доступные в сложившейся обстановке меры к предотвращению и уменьшению ущерба здоровью Застрахованного лица – незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием.

11.1.2. Факт травмы, полученной в результате несчастного случая, имевшего место в период страхования, признается страховым случаем, если он подтвержден медицинскими учреждениями, оказавшими Застрахованному лицу первую помощь в день наступления события и лечившими его впоследствии.

11.1.3. немедленно сообщить в правоохранительные органы: ОВД, Прокуратуру, ГИБДД – если травма или гибель Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, пожара или явились следствием противоправных действий третьих лиц.

11.2. Для установления Страховщиком факта наступления страхового события и определения суммы страховой выплаты Заявитель должен предоставить Страховщику, следующие документы:

11.2.1. письменное заявление о страховой выплате по форме Страховщика;

11.2.2. копию договора страхования (полиса);

11.2.3. документ, удостоверяющий личность Заявителя (паспорт);

11.2.4. документ, подтверждающий право лица, не являющегося Заявителем, действовать от имени Заявителя (доверенность с приложением документа, удостоверяющего личность, указанного в доверенности лица);

11.2.5. документ, подтверждающий уплату страховой премии (взносов);

11.2.6. документы, указанные в п. 11.3. настоящих Правил, подтверждающие факт наступления страхового случая и степень вреда, причиненного здоровью Застрахованного лица.

11.3. В зависимости от характера и обстоятельств события с признаками страхового случая, Заявитель должен предоставить Страховщику следующие документы, исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком индивидуально для каждого случая:

**11.3.1. в случае временной утраты трудоспособности / расстройства здоровья в результате заболеваний (риски БЗ, ВЗ):**

11.3.2. копию листка (листков) нетрудоспособности, заверенную отделом кадров по месту работы либо справку о временной нетрудоспособности Ф№095/у, Ф.094/у, Ф.095-1/у;

11.3.3. копию карты (карт), заверенную ЛПУ, и/или выписки из карт амбулаторного и/или стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь, а так же содержащие данные об обращениях;

11.3.3.1. при необходимости, по запросу Страховщика, дополнительно предоставить:

11.3.4. подлинник медицинской карты амбулаторного, стационарного больного за период не менее 3 лет, предшествовавших заключению договора страхования;

11.3.5. историю развития ребенка Ф.№ 112/у за период не менее 5 лет, предшествовавших заключению договора страхования (медицинская карта, история развития ребенка должна содержать: заполненный лист уточнённых диагнозов; сведения о

наличии группы инвалидности и наличии и группы диспансерного учета с указанием основного диагноза заболевания, а также заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению; данные профилактических осмотров; результаты медико-диагностических исследований; эпикризы);

11.3.6. справку из ЛПУ, оказавшего Застрахованному лицу первичную медицинскую помощь, в которой должны быть указаны: история госпитализации (обращения в ЛПУ), обстоятельства несчастного случая / анамнез заболевания, дата наступления болезни или несчастного случая и диагноз, а также результаты обследования на день наступления события;

11.3.7. реестр ТФОМС за период 5 лет, предшествующий заключению договора страхования (полиса) с указанием наименований, дат обращений в ЛПУ и кодов диагнозов заболеваний по международной классификации болезней МКБ-10. Реестр ТФОМС также предоставляется при наличии застарелых травм (черепно-мозговых травмах, патологических переломах и вывихах, повреждениях связок, травмах коленного сустава и подобных повреждениях);

11.3.8. выписной/переводной эпикриз, в котором указывается заключительный диагноз, длительность лечения, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проводимые в отношении поврежденного органа, проведенное лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке;

11.3.9. сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи Ф.№ 114/у;

11.3.10. справку из Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи Ф.№ 109/у;

11.3.11. индивидуальную карту беременной и родильницы Ф.№ 111/у

11.3.12. справку из психоневрологического и/или наркологического диспансера;

11.3.13. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов крови на ВИЧ;

11.3.14. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на заболевания, передающиеся половым путем и/или справку из кожно-венерологического диспансера;

11.3.15. справку из туберкулезного диспансера;

11.3.16. справку об остатке задолженности Страхователя / Застрахованного лица перед Выгодоприобретателем по кредитному договору / договору займа – по состоянию на момент получения письменного уведомления Страховщика о признании заявленного события страховым случаем, а также правоустанавливающие документы кредитодателя / держателя закладной;

11.3.17. справку о среднедневном заработке за последний год с даты обращения к Страховщику с места работы Застрахованного лица или справка о доходах по форме 2-НДФЛ за тот же период;

11.3.18. **в случае временной утраты трудоспособности (расстройства здоровья) в результате несчастного случая (риск АЗ)** кроме документов, указанных п. 11.3.1., необходимо предоставить:

11.3.19. постановление полиции, ГИБДД, суда, прокуратуры по факту заявленного события, если травма получена при ДТП, в результате противоправных действий третьих лиц, при наличии колото-резаных ран и подобных повреждений, а также в случае отравления, с указанием результатов судебно-химического исследования крови и мочи пострадавшего Застрахованного на предмет содержания в них алкогольных/наркотических веществ;

11.3.20. акт о несчастном случае на производстве Ф. № Н-1, если травма производственная либо акт о несчастном случае, если травма получена: на транспорте, во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях, во время посещения парковых аттракционов в парках развлечений;

- 11.3.20.1. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно представить:
- 11.3.21. справку из журнала регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях Ф. № 067/у, если травматическое повреждение получено при занятиях спортом в образовательном учреждении, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях;
- 11.3.22. справку из журнала медицинского обслуживания физкультурных мероприятий Ф. № 68/у, если травма получена во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий;
- 11.3.23. справку из журнала записи рентгенологических исследований Ф.№050/у, если в представленных медицинских документах отсутствуют сведения о дате и № регистрации проведенного рентгенологического исследования, подтверждающего факт перелома кости, либо проведенного в связи с повреждением связок;
- 11.3.24. оригиналы рентгеновских снимков с результатами рентгенологического исследования при переломах и вывихах, травмах коленного сустава и черепно-мозговых травмах;
- 11.3.25. водительское удостоверение (иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категории любым транспортным средством) Застрахованного лица, либо водителя, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;
- 11.3.26. надлежащим образом оформленную копию акта об освидетельствовании о состоянии опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;
- 11.3.27. копию вступившего в законную силу приговора, решение суда – в случае если по факту события было возбуждено уголовное дело и/или ведется судебный процесс, от результатов которого зависит квалификация заявленного события;
- 11.3.28. копию постановления: о назначении дополнительной проверки, о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела, о начале судебного процесса, заверенную органом МВД.
- 11.3.29. **в случае установления инвалидности I, II, или III группы в результате несчастного случая (риск А1), заболеваний (риски Б1, В1), а также в случае утраты профессиональной трудоспособности (риск Г4, Г5),** кроме документов, указанных п. 11.3.1. и 11.3.2., необходимо предоставить:
- 11.3.30. нотариально удостоверенную копию справки органа МСЭ об установлении инвалидности либо утрате профессиональной трудоспособности;
- 11.3.31. копию направления на МСЭ Ф.№088/у-06, заверенную органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;
- 11.3.32. акт Бюро МСЭ по результатам экспертизы установления степени утраты профессиональной трудоспособности либо установления группы инвалидности;
- 11.3.33. заключение центра профессиональной патологии о наличии профессионального заболевания;
- 11.3.34. пенсионное удостоверение;
- 11.3.35. **в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая (риск А2) или заболеваний (риски Б2, В2)** кроме документов, указанных пп. 11.3.1. и 11.3.2., необходимо предоставить:
- 11.3.36. свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом, если Выгодоприобретатель на случай смерти Застрахованного лица не назван в договоре страхования (полисе);
- 11.3.37. нотариально удостоверенное распоряжение Застрахованного лица о назначении посмертного получателя страховой выплаты, если Выгодоприобретатель не назван в договоре страхования (полисе);
- 11.3.38. свидетельство о смерти, выданное ЗАГС;

11.3.39. медицинское свидетельство о смерти Ф.№ 106/у выданное учреждениями здравоохранения для обращения в ЗАГС с целью получения свидетельства о смерти и справки Ф.№ 33;

11.3.40. акт судебно-медицинского исследования трупа (судебно-химического исследования) Ф.№ 175/у, с указанием результатов биохимического исследования биологических материалов, а также крови и мочи на наличие алкоголя и наркотикосодержащих веществ либо, если судебно-медицинского исследования трупа не проводилось, протокол/карту патолого-анатомического исследования Ф.№013/у;

11.3.40.1. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно предоставить:

11.3.41. посмертный эпикриз;

11.3.42. заключение эксперта / экспертиза трупа Ф.№ 170/у;

11.4. В случае, если Застрахованный является несовершеннолетним либо недееспособным, то от его имени заявление подается его законным представителем, который дополнительно предоставляет документы, подтверждающие законность его полномочий в отношении Застрахованного лица.

11.5. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке. Все документы, выданные на территории иностранного государства, должны быть надлежащим образом легализованы, иметь апостиль (если применимо) и/или иметь нотариально заверенный перевод.

11.6. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а так же вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

11.7. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, а так же проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

11.8. Все документы, выданные компетентными органами, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего учреждения.

11.9. Все копии предоставляемых документов должны быть заверены надлежащим образом, выдавшим их учреждением.

11.10. В случае изменения действующих форм документов, указанных в пп. 11.3.1-11.3.4.1, Заявитель обязан предоставить документы по вновь утвержденным формам.

11.11. После получения от Заявителя всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а так же документов, запрошенных у компетентных органов, Страховщик обязан:

11.11.1. в течение 5 рабочих дней после получения всех документов, принять решение о признании заявленного события страховым или не страховым случаем;

11.11.2. в случае признания заявленного события страховым случаем, в течение 20 рабочих дней составить страховой акт и произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в соответствии с условиями договора страхования;

11.11.3. в случае признания заявленного события не страховым случаем, в течение 10 рабочих дней с даты принятия такого решения, направить письменный отказ в страховой выплате Заявителю, обосновав причины отказа.

11.12. Если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, Страховщик вправе отсрочить принятие решения по заявленному событию, письменно

известив об этом Заявителя, до момента окончания проверки, расследования или судебного разбирательства.

11.13. Если Заявитель обратился с заявлением о страховой выплате в период, когда процесс лечения Застрахованного лица еще не закончился (имеются признаки воспаления, осложнения или лечение продолжается), Страховщик вправе принять решение о предварительной выплате по состоянию здоровья на день подачи заявления. Решение о выплате принимается при наличии всех документов, необходимых для принятия решения о выплате по состоянию здоровья на момент обращения.

## 12. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

12.1. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим в период страхования, не может превышать размера страховой суммы, обусловленной условиями договора страхования.

12.2. Расчет суммы страховой выплаты производится в соответствии с вариантом страхования, обусловленным договором страхования.

12.3. Размер суммы страховой выплаты определяется Страховщиком на основании документов, предоставленных Заявителем, в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

12.4. В случае временной утраты общей трудоспособности Застрахованным лицом (расстройства здоровья), явившейся следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А3, Б3, В3, страховая выплата производится по одному из вариантов (если иное не предусмотрено договором страхования), обусловленному договором страхования, в следующих размерах от страховой суммы:

Страховые риски	Порядок определения размера страховой выплаты		
	Вариант I	Вариант II	Вариант III
<b>Риск А</b> (п. 4.1.1. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, при условии непрерывного лечения, но не более чем за 90 календарных дней.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
<b>Риск Б</b> (п. 4.1.2. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
<b>Риск В</b> (п. 4.1.3. настоящих Правил)	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	Не производится

12.4.1. Количество дней нетрудоспособности исчисляется за период лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий несчастного случая, заболеваний.

При расчете количества дней нетрудоспособности период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

12.4.2. Началом лечения считается дата обращения в лечебное учреждение по поводу несчастного случая либо заболевания, а окончанием служит дата, определенная лечащим врачом в карте амбулаторного или стационарного больного как дата выздоровления либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение.

12.5. В случае установления группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу, в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А1, Б1, В1, страховая выплата (если иное не предусмотрено условиями договора страхования) производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

Группа (категория) инвалидности	Размер страховой выплаты в %
Категория «Ребенок-инвалид»	100,00
I группа	100,00
II группа	100,00
III группа	40,00

12.6. Если в связи со страховым случаем была произведена страховая выплата, а в дальнейшем будет выявлено более тяжелое повреждение того же органа, осложнение травмы или установление инвалидности, дающие основания для страховой выплаты в большем размере, произведенная ранее страховая выплата вычитается из страховой суммы, исчисленной при принятии окончательного решения.

12.7. В том случае, когда в течение 6 месяцев после перелома кости Застрахованный получил повторный перелом (за исключением патологического перелома) той же кости и в том же месте (рефрактуру), страховая выплата производится при условии подтверждения факта повторного перелома рентгенограммами, выполненными по окончании лечения первого перелома, а также повторного перелома.

12.8. При сочетанном повреждении в результате одной травмы нескольких органов размер страховой выплаты устанавливается с учетом функциональных нарушений каждого травмированного органа, но в целом не может превышать 100% страховой суммы с учетом ранее произведенных выплат.

12.9. Удаление во время операции по поводу травмы болезненно измененного органа (в связи с заболеванием, развившимся до травмы) к страховым случаям не относятся. Страховая выплата при этих условиях может проводиться только за факт проведенного оперативного вмешательства.

12.10. Если в связи с травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно, независимо от их количества. Если же в результате одной травмы наступят переломы костей различных сегментов конечности (например, плеча и предплечья, бедра и голени и т.п.), страховая выплата производится с учетом оперативных вмешательств на каждом из сегментов конечности путем суммирования.

12.11. В случае смерти Застрахованного лица в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, относящихся к группе А2, Б2, В2, страховая выплата производится Выгодоприобретателю в размере 100% страховой суммы, обусловленной Договором при условии, что страховая выплата по Договору не производилась. Если по Договору выплаты были произведены, то они удерживаются из суммы выплаты, исчисленной по случаю смерти Застрахованного лица.

12.12. Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

12.13. Страховая выплата по случаю смерти Застрахованного лица или постоянной утраты общей трудоспособности производится, если смерть или установление группы



(категории) инвалидности наступили в течение одного года со дня наступления события, имеющего признаки страхового риска, обусловленного договором страхования.

12.14. В случае утраты профессиональной трудоспособности в результате события, явившегося следствием Застрахованных рисков, относящихся к рискам Г4 или Г5, страховая выплата производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

<b>Характер снижения способности к профессиональной деятельности в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания</b>	<b>Размер страховой выплаты в % от страховой суммы</b>
Полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях, со значительно выраженными нарушениями функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 100%</b>	100,00
Способность к профессиональной деятельности (труду) лишь в специально созданных производственных условиях вследствие выраженных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 80% включительно</b>	80,00
Способность к профессиональной деятельности в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренного нарушения функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 50% включительно.</b>	50,00
Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному установлена группа инвалидности.</b>	40,00
Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному не установлена группа инвалидности.</b>	20,00
Способность профессиональной деятельности в обычных профессиональных условиях с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие незначительных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) <b>степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 10% включительно.</b>	10,00

12.15. В случае если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся страховую выплату, выплата производится его наследникам.

### **13. ОСНОВАНИЯ, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

13.1. Страховщик отказывает в выплате страхового возмещения в случаях:

13.1.1. освобождения от выплаты согласно пп. 4.5, 4.7 настоящих Правил;

13.1.2. если событие не обладает признаками страхового случая и/или относится к исключениям, предусмотренным пп. 4.4, 4.6 настоящих Правил.

13.1.3. если представлены не все документы, которые должны быть представлены в соответствии с разделом 11 настоящих Правил страхования, и лицо, предъявившее требование о страховой выплате (Выгодоприобретатель), настаивает на выплате ему страхового возмещения при отсутствии этих документов.

### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. Споры по договору страхования разрешаются путем переговоров.

14.2. Если иное не предусмотрено соглашением между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком, при исполнении договора страхования, Стороны обязаны применять досудебный порядок урегулирования претензий и споров.

14.3. Для реализации досудебного порядка урегулирования споров, Сторона, интересы которой требуют защиты, должна обратиться к другой Стороне с письменным требованием (претензией), в котором в обязательном порядке указываются суть предъявляемых претензий и требований, излагаются доказательства допущенных нарушений (при их наличии), а также предлагается устранить нарушения и/или исполнить условия договора страхования другой стороне в разумный срок.

14.4. Сторона, получившая письменное требование (претензию), обязана в течение 10 рабочих дней ответить на него в письменной форме (ответ на претензию), указав предпринятые меры для урегулирования разногласий с приложением подтверждающих документов (при наличии) или причины невыполнения требований другой стороны.

14.5. Претензия и ответ на нее отправляются по адресам, указанным в договоре страхования, почтой, с уведомлением о вручении, или курьерской службой (с отметкой о вручении).

14.6. В случае, если в течение 10 дней после истечения срока, указанного в п. 14.4. настоящих Правил, ответ на претензию не будет получен Стороной, его направившей, то она вправе обратиться в суд с требованием о защите нарушенных прав с приложением документов, подтверждающих соблюдение предусмотренного договором и настоящими Правилами досудебного порядка урегулирования споров.

14.7. Если переговоры по спорным вопросам не дают результата, решение споров осуществляется в порядке, установленном действующим законодательством.

14.8. В случае неисполнения Страховщиком своих обязательств по выплате страхового возмещения в сроки, установленные настоящими Правилами, Страховщик за пользование чужими денежными средствами (вследствие их неправомерного удержания, уклонения от их возврата, иной просрочки в их уплате либо неосновательного получения или сбережения за счет другого лица) в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса РФ уплачивает Страхователю (Выгодоприобретателю) проценты на сумму долга. Если иное не определено Сторонами при заключении договора страхования, размер процентов составляет 0,01% в день от суммы долга, при этом максимальный размер причитающейся к выплате суммы процентов на основании настоящего пункта не может превышать 10% от размера долга. Проценты согласно ст. 317.1 ГК РФ на сумму долга не начисляются и не выплачиваются, если иное не определено соглашением Сторон.

14.9. Страхователь (Выгодоприобретатель) намеренный получить проценты за пользование чужими денежными средствами должен обратиться с соответствующей претензией к Страховщику в соответствии с настоящим разделом Правил страхования.

14.10. Прочие условия определяются действующим законодательством РФ.

## **15. ПОЧТОВЫЕ УВЕДОМЛЕНИЯ**

15.1.1. Вся переписка между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) осуществляется по почтовым адресам, указанным в договоре страхования (полисе). Каждая из Сторон обязана известить другую Сторону об изменении таких адресов в течение 3 (трех) дней с даты его изменения в письменной форме, при этом риски неполучения корреспонденции в связи с неуведомлением о таком изменении лежат на Стороне, не исполнившей данную обязанность.

15.1.2. Уведомление, направленное по почтовому адресу, указанному в договоре страхования (полисе), считается доставленным и полученным адресатом по истечении 10 дней после его отправки, дата которой подтверждается штемпелем на конверте, либо ином документе о направлении такого уведомления, в том числе, в случае возврата почтовой корреспонденции с указанием, что Сторона по адресу, указанному в договоре, не значится («выбыл») или за окончанием срока хранения.

15.1.3. Иной срок, по истечении которого направленное уведомление считается доставленным и полученным адресатом, а также порядок такого уведомления может быть установлен настоящими Правилами страхования или изменен по соглашению Сторон в договоре страхования (полисе).