

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СИВ ЛАЙФ»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО «Страховая компания «Сив Лайф»
Д.О. Балакин



от 15.03.2021 г. № 14
Порядковый номер Правил страхования: 021

**КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ
И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПО ПРОГРАММЕ «СИТИ ЗДОРОВЬЕ+»**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Сив Лайф», действующее на основании Устава и в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее по тексту – Страховщик), заключает договоры страхования на основании настоящих Комплексных правил страхования жизни и добровольного медицинского страхования по программе «Сити Здоровье+» (далее по тексту – Правила).

СТРАХОВЩИК

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Сив Лайф», созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Страхователем для заключения Договора страхования по программе «Сити Здоровье+» в отношении Застрахованного младше 18 (восемнадцати) лет может выступать только Законный представитель Застрахованного.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ

Физическое лицо в возрасте от 1 (одного) года на дату заключения Договора страхования и не более 65 (шестидесяти пяти) лет на дату окончания Договора страхования, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования. В случае если Страхователем – физическим лицом – Договор страхования заключен в отношении своих имущественных интересов, связанных с его смертью, дожитием до определенного срока, а также с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) вследствие расстройства его здоровья, он является одновременно и Застрахованным.

Застрахованными по Договору страхования «Сити Здоровье+» в возрасте до 18 (восемнадцати) лет могут быть только родные дети или официально усыновленные/удочеренные дети Страхователя, а также родные внуки Страхователя.

Все права и обязанности Застрахованного в возрасте до 18 (восемнадцати) лет, возникающие в связи с исполнением Договора страхования, принимает на себя Страхователь / Законный представитель Застрахованного.

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с согласия Застрахованного / Законного представителя Застрахованного (если возраст Застрахованного меньше 18 (восемнадцати) лет) для получения страховых выплат по Договору страхования, установленных на случай смерти Застрахованного. Страхователь в течение действия Договора страхования может заменять Выгодоприобретателей по риску «Смерть Застрахованного по любой причине» по своему усмотрению до наступления страхового случая и до момента, пока Выгодоприобретатель не выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате или страховой сумме в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ

Фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, одномоментное, внешнее по отношению к Застрахованному событие, наступившее не вследствие заболевания или врачебных манипуляций, повлек-

шее за собой смерть Застрахованного.

ТЕРРОРИСТИЧЕСКИЕ АКТЫ

Действия, к которым, в частности, относится применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой(-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией(-ями) или правительством(-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в том числе с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или с целью устрашения населения; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, устройства или оружия.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относятся акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуropатия и остеопатия.

ДИАГНОСТИРОВАНИЕ

Комплекс медицинских мероприятий, направленных на установление факта наличия либо отсутствия заболеваний или расстройств, осуществляемый посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований, проведенных квалифицированными врачами медицинского учреждения, в которое Застрахованный (по поводу состояния здоровья Застрахованного, возраст которого меньше 18 (восемнадцати) лет, – Законный представитель Застрахованного) впервые обратился в течение срока страхования, а также квалифицированными врачами Сервисной компании / Страховщика.

ЗАБОЛЕВАНИЕ (БОЛЕЗНЬ)

Любые изменения в состоянии здоровья человека, не связанные с несчастными случаями, диагностирование и подтверждение которых выполнены врачом, официально зарегистрированным в данном виде деятельности.

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинской деятельности, лечение заболеваний, оснащенная материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для осуществления диагностики, терапевтического и хирургического лечения заболеваний, в которой круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

ВРАЧ

Специалист, на законных основаниях допущенный к осуществлению медицинской практики.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Комплекс мероприятий, включающих медицинские услуги, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, организационно-технические мероприятия и иные услуги, направленные на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении

здоровья, за исключением скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, реабилитации, санаторно-курортного лечения. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно, стационарно, в дневном стационаре, вне лечебного учреждения (независимая медицинская экспертиза / независимое медицинское заключение).

МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и их лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта (лекарственная помощь / обеспечение).

Рецепты, выписанные на референтные (оригинальные) лекарственные препараты, действительны и для воспроизведенных препаратов (аналогов) с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у референтного (оригинального) препарата.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимых врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ

Период, установленный Договором страхования, исчисление которого начинается с даты начала срока действия Договора страхования в отношении Застрахованного в части «Дополнительного риска». Событие, произошедшее в течение этого периода, не является страховым случаем.

СЕРВИСНАЯ КОМПАНИЯ

Специализированная организация, имеющая договорные отношения со Страховщиком, которая по его поручению обеспечивает организацию медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованным и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА

Условия предоставления и объем медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованному при наступлении страхового случая, определенные в Договоре страхования.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтические продукты, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

НЕОБХОДИМЫМИ, С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:

- необходимые для удовлетворения базовых потребностей Застрахованного в области здравоохранения;

ранения;

- оказываются наиболее подходящим в медицинском смысле способом и в наиболее подходящей для оказания медицинских услуг обстановке с учетом стоимости и качества обслуживания;
- вид, частота и длительность лечения совпадают с научно обоснованными методами медицинского обслуживания, здравоохранения и проведения исследований организациями или государственными учреждениями, одобренными Страховой компанией;
- соответствуют поставленному диагнозу или заболеванию;
- оказание таких услуг требуется по другим причинам, нежели по причине удобства для Застрахованного или его/ее врача;
- такие услуги рассматриваются в общепринятой медицинской литературе как безопасные и эффективные для лечения или диагностирования заболевания, в отношении которого данные услуги применяются;
- зарекомендовавшие себя в качестве эффективных методов лечения заболеваний, угрожающих жизни, в обстановке, подходящей для проведения клинических исследований.

СРОК СТРАХОВАНИЯ

Определенный Договором страхования срок его действия.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии (страховых взносов) рассчитывается на основе тарифов, разработанных Страховщиком с учетом статистических данных по застрахованным событиям.

СТРАХОВАЯ СУММА

Определенная Договором страхования денежная сумма, устанавливаемая по каждому страховому событию отдельно и/или по всем страховым событиям совокупно, исходя из которой определяются размеры страховой премии (страхового взноса) и страховой выплаты.

СТРАХОВОЙ РИСК

Предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай которого осуществляется страхование.

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

Ставки страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

СТРАХОВОЙ (МАТЕМАТИЧЕСКИЙ) РЕЗЕРВ

Денежные средства, формируемые Страховщиком для исполнения обязательств по страхованию, обусловленному Договором страхования.

ГАРАНТИРОВАННАЯ НОРМА ДОХОДНОСТИ

Годовая норма доходности, обеспечивающая с учетом вероятности наступления страхового случая по риску «Смерть Застрахованного по любой причине» рост размера страхового (математического) резерва от первоначального значения до 100% от страховой суммы по риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования» за период от даты начала срока действия Договора до даты окончания срока действия Договора.

ФОРС-МАЖОР (ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ)

Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают:

- военные действия, вторжения, внезапные военные нападения, действия вражеской армии, на-

- ции или врага;
- конфискацию, реквизицию, арест, повреждение либо уничтожение имущества по распоряжению органов государственной власти и иные действия органов государственной власти, существенно ограничивающие возможность исполнения обязательств сторонами по Договору страхования, в том числе и вступление в силу соответствующих законных и подзаконных актов;
- бунт, восстание против законной власти, гражданские волнения, забастовки, беспорядки, восстание, организованное вооруженное сопротивление правительству, военный переворот, гражданскую войну;
- террористический акт либо преднамеренное применение военной силы с целью пресечения, предотвращения или сдерживания ставшего известным или предполагаемого террористического акта;
- ядерное, химическое или биологическое воздействие либо заражение.

В конкретном Договоре страхования или для группы Договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать и иные определения, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения – в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

СТРАХОВАЯ ГОДОВЩИНА

Календарная дата, месяц и день которой совпадают с определенной (предусмотренной) Договором страхования датой начала срока страхования, за исключением случаев, когда дата начала страхования по Договору страхования приходится на 29 февраля. В случае если дата начала страхования по Договору страхования приходится на 29 февраля, в невисокосные годы страховой годовой годовщиной считается 28 февраля. Для целей определения страховых годовщин дата начала срока страхования является нулевой страховой годовщиной.

ГОД СТРАХОВАНИЯ

Период между ближайшими Страховыми годовщинами.

ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ

Информационный ресурс, размещенный на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

Максимальная величина ответственности Страховщика, устанавливаемая договором страхования (в пределах страховой суммы), направляемая на организацию медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованному в соответствии с условиями Медицинской программы. Страховщик вправе устанавливать в договоре страхования лимиты по видам медицинских и иных услуг, лекарственным препаратам для медицинского применения, медицинским учреждениям, сервисным компаниям.

ПЕРИОД ОХЛАЖДЕНИЯ

Период, начинающийся с даты подписания Страхователем Страхового сертификата и заканчивающийся по истечении 30 (тридцати) календарных дней с этой даты, в течение которого Страхователь может отказаться от Договора страхования с возвратом Страховщиком страховой премии (первого страхового взноса) Страхователю в полном объеме, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая.

ЧАСТЬ 1. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ (ДАЛЕЕ – ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА)

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. По Договору страхования в соответствии с Основными правилами Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), выплатить единовременно обусловленную Договором страхования сумму (страховую сумму, страховую выплату) в случае смерти Застрахованного или дожития Застрахованного до определенного срока.

1.2. Страховщик вправе применять специальные условия принятия на страхование с учетом степени риска в соответствии с внутренними регламентами Страховщика к договорам страхования, заключаемым Страхователями в отношении лиц:

- **возраст которых меньше 18 (восемнадцати) лет**, являющихся профессиональными спортсменами, участвующих в соревнованиях и попытках установления рекорда, занимающихся авто- и мотоспортом, воздушными и водными видами спорта, альпинизмом, имеющих другие рискованные хобби и намеревающихся путешествовать в горячие точки планеты; состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах, в настоящее время и ранее имеющих категорию «ребенок-инвалид» или имеющих основания для присвоения категории «ребенок-инвалид»; обратившихся за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или страдающих ими в настоящее время: онкологические заболевания, заболевания, вызванные воздействием радиации, СПИД и другие заболевания, связанные с вирусом иммунодефицита человека, эпилепсия, психические заболевания и/или расстройства, наркомания, токсикомания, алкоголизм, гипертоническая болезнь II–III степени, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, кардиосклероз, порок сердца, кардиомиопатия, инсульт, хроническая почечная и печеночная недостаточность, гломерулонефрит, гепатит С, цирроз печени, сахарный диабет, тиреотоксикоз, заболевания надпочечников, заболевания гипофиза, болезнь Паркинсона, анкилозирующий спондилоартрит, паралич, туберкулез, врожденные заболевания и аномалии развития, заболевания, обусловленные хромосомными и/или генетическими нарушениями, последствия перинатального поражения центральной нервной системы, системные аутоиммунные заболевания, рассеянный склероз, последствия тяжелых травм; за которыми требуется постоянный уход;
- **возраст которых от 18 (восемнадцати) до 65 (шестидесяти пяти) лет на дату окончания Договора страхования**, проходящих службу в вооруженных силах, занятых в профессиональной или непрофессиональной авиации, в работах со взрывчатыми веществами, подземных работах, являющихся водолазом, пожарным, скалолазом, работником ядерной и нефтяной промышленности, непосредственно задействованным или находящимся на объектах при геологоразведочных работах, добыче, переработке и транспортировке нефтепродуктов, охранником, профессиональным спортсменом, участвующих в соревнованиях и попытках установления рекорда, занимающихся авто- и мотоспортом, воздушными и водными видами спорта, альпинизмом, имеющих другие ри-

сковых хобби и намеревающихся путешествовать в горячие точки планеты; состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах, в настоящее время и ранее имеющих группу инвалидности или имеющих основания для присвоения группы инвалидности; обращавшихся за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям или страдающих ими в настоящее время: онкологические заболевания, заболевания, вызванные воздействием радиации, СПИД и другие заболевания, связанные с вирусом иммунодефицита человека, эпилепсия, психические заболевания и/или расстройства, наркомания, токсикомания, алкоголизм, гипертоническая болезнь II–III степени, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, кардиосклероз, порок сердца, кардиомиопатия, инсульт, хроническая почечная и печеночная недостаточность, гломерулонефрит, гепатит С, цирроз печени, сахарный диабет, тиреотоксикоз, заболевания надпочечников, заболевания гипофиза, болезнь Паркинсона, анкилозирующий спондилоартрит, паралич, туберкулез, системные аутоиммунные заболевания, рассеянный склероз, последствия тяжелых травм; за которыми требуется постоянный уход;

Страховщик имеет право не заключать Договор страхования в отношении лиц:

- возраст которых меньше 18 (восемнадцати) лет, если они не являются родными детьми или официально усыновленными детьми Страхователя, а также родными внуками Страхователя.

1.3. При заключении Договоров страхования Страхователи (Застрахованные) вправе назначать физических или юридических лиц (Выгодоприобретателей) для получения страховой выплаты, установленной на случай смерти Застрахованного.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные со смертью Застрахованного, его дожитием до определенной даты.

Имущественный (страховой) интерес – совокупность объективных факторов, отражающих потребность Страхователя/Застрахованного в получении страхового покрытия, величина которого (страховая сумма) рассчитывается, исходя из потенциальных финансовых потерь Выгодоприобретателей, связанных с наступлением страховых событий с Застрахованным.

Порядок проверки имущественного интереса при заключении Договора страхования определяется согласно внутренним документам Страховщика.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные Договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному или Выгодоприобретателю.

3.3. По настоящим Основным правилам страховыми рисками признаются следующие события, происшедшие в период действия Договора страхования:

3.3.1. Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования.

3.3.2. Смерть Застрахованного по любой причине. Страховая защита по данному риску в течение первых 2 (двух) месяцев действия Договора страхования не предоставляется в случае смерти Застрахованного по причинам иным, чем несчастный случай, произошед-

ший в период действия Договора страхования.

3.4. События, указанные в п. 3.3 настоящих Основных правил, могут быть признаны Страховщиком страховыми случаями, если они наступили в течение срока страхования.

3.5. Страховые риски, указанные в п. 3.3 настоящих Основных правил, являются «Основными рисками» и должны быть включены в Договор страхования в обязательном порядке. В Договор страхования должен быть включен «Дополнительный риск», описанный в Дополнительных правилах страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Не признаются страховыми случаями события, предусмотренные в п. 3.3.2 настоящих Основных правил, наступившие в результате:

а) самоубийства или покушения на самоубийство в первые 2 (два) года действия Договора страхования, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

б) умышленных действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на наступление страхового события;

в) участия Застрахованного в народных волнениях, забастовках, нарушениях общественного порядка, террористических акциях на стороне, явившейся инициатором вышеуказанных событий;

г) совершения Застрахованным действий, признанных судом уголовно наказуемыми;

д) и/или в связи с ВИЧ-инфекцией, связанные со СПИДом или при его наличии;

е) совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

ж) нахождения Застрахованного (Страхователя) в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

4.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты по «Основным рискам», предусмотренным Договором страхования, в случаях:

4.2.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.2.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

4.2.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.3. В течение первых 2 (двух) месяцев срока страхования (действия Договора страхования) не признается страховым случаем событие, указанное в п. 3.3.2 настоящих Основных правил, если оно произошло по причине иной, чем несчастный случай, произошедший в период действия Договора страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Размер страховой суммы определяется по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.2. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому из «Основных рисков», перечисленных в п. 3.3 настоящих Основных правил, что определяется условиями Договора страхования.

5.3. Страховая сумма может устанавливаться отдельно на каждый период страхования, что определяется условиями Договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

6.1. Страховая премия (страховые взносы) по Договору страхования определяется на основе страховой суммы и страховых тарифов, которые дифференцирова-

ны с учетом возраста и пола Застрахованного, а также срока страхования.

6.1.1. При расчете страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе учитывать состояние здоровья Застрахованного, а также другие существенные факторы, оказывающие влияние на вероятность наступления страхового случая. Существенными факторами признаются обстоятельства, указанные в Договоре страхования, приложениях к Договору страхования, Заявлении на страхование, а также в письменном запросе Страховщика, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

6.2. Страховая премия по «Основным рискам» уплачивается в рассрочку в виде страховых взносов один раз в год.

Первый страховой взнос уплачивается в течение 10 (десяти) календарных дней начиная с даты заключения Договора страхования путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика в соответствии с условиями Договора страхования. Последующие страховые взносы должны быть уплачены не позднее последнего рабочего дня окончания оплаченного периода.

6.2.1. При безналичной форме уплаты факт уплаты страхового взноса должен подтверждаться платежными документами.

6.3. Льготный период.

6.3.1. Если Страхователь в срок не уплатил очередной страховой взнос, то наступает льготный период, во время которого Договор страхования остается в силе. Льготный период составляет 90 (девяносто) календарных дней с даты уплаты очередного страхового взноса.

6.3.2. Страхователь должен до истечения льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить очередной страховой взнос.

6.3.3. Если задолженность по уплате очередного страхового взноса по Договору страхования не будет уплачена до истечения льготного периода, действие Договора страхования как по «Основным рискам», так и по «Дополнительному риску» прекращается с даты начала льготного периода в соответствии с п. 7.11.4 Основных правил и п. 21.7.2 Дополнительных правил.

6.3.4. В случае расторжения Договора страхования в течение льготного периода Страхователю выплачивается выкупная сумма по «Основным рискам», определяемая в соответствии с п. 9.4 настоящих Основных правил.

6.3.5. При наступлении страхового случая по «Основным рискам» в течение льготного периода размер страховой выплаты, определяемый в соответствии с условиями Договора страхования и разделом 10 настоящих Основных правил, уменьшается на сумму непогашенной задолженности по уплате очередного страхового взноса.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик при наступлении страхового случая обязуется произвести страховую выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю), а Страхователь обязуется уплачивать страховые взносы в установленные сроки и в определенном Договором страхования размере.

7.2. Договор страхования может содержать иные, чем в настоящих Основных правилах, положения, определяемые по соглашению сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.3. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление

по установленной форме о своем желании заключить Договор страхования.

7.4. При заключении Договора страхования Страховщик вправе учитывать состояние здоровья Застрахованного, а также другие существенные факторы, оказывающие влияние на вероятность наступления страхового случая.

7.5. Для заключения Договора страхования:

7.5.1. Страхователи – юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения¹:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и/или сокращенное) и/или на иностранных языках (полное и/или сокращенное, при наличии);
- организационно-правовую форму;
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации;
- государства (территории) налогового резидентства;
- иностранные идентификационные номера налогоплательщика, присвоенные иностранными государствами (территориями), налоговым резидентом которых является лицо;
- основной государственный регистрационный номер (ОГРН);
- номер записи об аккредитации филиала, представителя иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации – для нерезидента;
- дату и место государственной регистрации² или инкорпорации (учреждения);
- наименование регистрирующего органа²;
- адрес юридического лица;
- код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (ОКПО, при наличии);
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица);
- номера телефонов и факсов (при наличии);
- адрес электронной почты и/или иную контактную информацию (при наличии);
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений со Страховщиком, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и/или копии годовой (либо квартальной)

¹ Указанные сведения предоставляются Страхователем в отношении Выгодоприобретателей – юридических лиц / индивидуальных предпринимателей, а также Выгодоприобретателем – юридическим лицом / индивидуальным предпринимателем при подаче заявления на получение страховой выплаты.

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 учет в Российской Федерации.

налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и/или копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству Российской Федерации; и/или справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и/или сведения об отсутствии в отношении Страхователя производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и/или сведения об отсутствии фактов неисполнения Страхователем своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и/или данные о рейтинге Страхователя, размещенные в сети Интернет на сайтах международных рейтинговых агентств (справочно: Standard&Poor's, Fitch-Ratings, Moody's Investors Service) и российских кредитных рейтинговых агентств);

- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения)), о Страхователе других клиентов Страховщика, имеющих с ним деловые отношения; и/или отзывы (в произвольной письменной форме при возможности их получения) от кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации Страхователя);
- сведения об источниках происхождения денежных средств и/или иного имущества;
- сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах)³;
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
- банковский идентификационный код – для кредитных организаций – резидентов (БИК).

7.5.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения¹:

- фамилию, имя и отчество (при наличии последнего);
- гражданство;
- дату и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего лич-

ность⁴: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

- данные миграционной карты (номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН при наличии);
- государства (территории) налогового резидентства;
- иностранные идентификационные номера налогоплательщика, присвоенные иностранными государствами (территориями), налоговым резидентом которых является лицо;
- СНИЛС (при наличии);
- номера телефонов и факсов (при наличии);
- адрес электронной почты и/или иную контактную информацию (при наличии);
- должность Страхователя, являющегося иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организа-

⁴ В соответствии с законодательством Российской Федерации документами, удостоверяющими личность, являются:

для граждан Российской Федерации:

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- паспорт гражданина Российской Федерации, дипломатический паспорт, служебный паспорт, удостоверяющие личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации;
- свидетельство о рождении гражданина Российской Федерации (для граждан Российской Федерации в возрасте до 14 лет);
- временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта гражданина Российской Федерации;

для иностранных граждан:

- паспорт иностранного гражданина;
- для лиц без гражданства:
- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- разрешение на временное проживание, вид на жительство;

- документ, удостоверяющий личность лица, не имеющего действительного документа, удостоверяющего личность, на период рассмотрения заявления о признании гражданином Российской Федерации или о приеме в гражданство Российской Федерации;

- удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации по существу;

- иные документы, признаваемые документами, удостоверяющими личность гражданина Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, и документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина и лиц без гражданства в соответствии с законодательством Российской Федерации и международным договором Российской Федерации.

³ Бенефициарный владелец – физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) Страхователем – юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия Страхователя.

ций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации, наименование и адрес его работодателя;

- степень родства либо статус (супруг или супруга) Страхователя по отношению к должностному лицу, указанному в пункте выше;
- основной государственный регистрационный номер ИП (ОГРНИП);
- дату и место государственной регистрации ИП;
- наименование регистрирующего органа;
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений со Страховщиком, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);
- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и/или копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и/или копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству Российской Федерации; и/или справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и/или сведения об отсутствии в отношении Страхователя производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и/или сведения об отсутствии фактов неисполнения Страхователем своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и/или данные о рейтинге Страхователя, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств (справочно: Standard&Poor's, Fitch-Ratings, Moody's Investors Service) и российских кредитных рейтинговых агентств);
- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме при возможности их получения)), о Страхователе других клиентов Страховщика, имеющих с ним деловые отношения; и/или отзывы (в произвольной письменной форме при возможности их получения) от кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится

(находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и/или некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации Страхователя);

- сведения об источниках происхождения денежных средств и/или иного имущества;
- сведения о бенефициарном владельце;
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя Страхователя: наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя.

7.5.3. Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения⁵:

- фамилию, имя и отчество (при наличии последнего);
- гражданство;
- дату и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность⁵: серию (при наличии) и номер документа, дату выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);
- данные миграционной карты (номер карты, дату начала срока пребывания и дату окончания срока пребывания в Российской Федерации);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серию (при наличии) и номер документа, дату начала срока действия права пребывания (проживания), дату окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН, при наличии);
- государства (территории) налогового резидентства;
- иностранные идентификационные номера налогоплательщика, присвоенные иностранными государствами (территориями), налоговым резидентом которых является лицо;
- СНИЛС (при наличии);
- номера телефонов и факсов (если имеются);
- адрес электронной почты и/или иную контактную информацию (при наличии);
- должность Страхователя, являющегося иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от кото-

⁵ Указанные сведения предоставляются Страхователем в отношении Выгодоприобретателей и бенефициарных владельцев – физических лиц, Выгодоприобретателем – физическим лицом при подаче заявления на получение страховой выплаты, а также представителем Страхователя/Выгодоприобретателя.

рых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации, наименование и адрес его работодателя;

- степень родства либо статус (супруг или супруга) Страхователя по отношению к лицу, указанному в пункте выше;
- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений со Страховщиком, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности;
- сведения о финансовом положении;
- сведения о деловой репутации;
- сведения об источниках происхождения денежных средств и/или иного имущества;
- сведения о бенефициарном владельце⁶;
- сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя Страхователя: наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя Страхователя.

7.5.4. Для подтверждения родства Страхователя с Застрахованным / статус Застрахованного неродного ребенка Страхователя (при заключении Договора страхования в отношении Застрахованных в возрасте до 18 (восемнадцати) лет) Страхователь предоставляет следующие документы:

7.5.4.1. Если Застрахованный сын/дочь Страхователя – свидетельство о рождении или иной документ.

7.5.4.2. Если Застрахованный усыновлен/удочерен Страхователем – свидетельство об усыновлении (удочерении).

7.5.4.3. Если Застрахованный внук/внучка Страхователя – свидетельство о рождении или иной документ внука/внучки, документы, подтверждающие кровное родство родителей Застрахованного с бабушкой/дедушкой Застрахованного (Страхователем).

7.6. Страховщик вправе сократить перечень документов и сведений, указанных в пп. 7.5.1–7.5.4.

7.7. Страховщик вправе обновлять информацию о Страхователях, представителях Страхователей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, указанную в пп. 7.5.1–7.5.3, не реже одного раза в год, а в случае возникновения сомнений в достоверности и точности ранее полученной информации – в течение 7 (семи) рабочих дней, следующих за днем возникновения таких сомнений.

7.8. Договор страхования заключается с учетом положений, указанных в п. 3.5 Основных правил и п. 16.4 Дополнительных правил, на срок от 5 (пяти) до 20 (двадцати) лет по «Основным рискам» и на 1 (один) год в части «Дополнительного риска» с возможностью продления (пролонгации). Страховая премия по «Основным рискам» уплачивается в рассрочку в виде страховых взносов один раз в год, по «Дополнительному риску» – единовременно за каждый год страхования.

7.9. Факт заключения Договора страхования удостоверяется Страховым сертификатом.

7.10. В Договоре страхования и приложениях к нему

Страхователь сообщает/указывает точные и полные сведения о Застрахованном и другую необходимую информацию, имеющую существенное значение для заключения Договора страхования, определения вероятности наступления страховых случаев.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера страховой выплаты, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.11. Действие Договора страхования прекращается в случае:

7.11.1. Дожития Застрахованного до окончания срока страхования и исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме в соответствии с п. 10.1.1 настоящих Основных правил.

7.11.2. Смерти Застрахованного (при этом обязательства Страховщика по Договору страхования в соответствии с пп. 9.1 и 10.1.2 настоящих Основных правил исполняются в полном объеме).

7.11.3. Расторжения Договора страхования по истечении периода охлаждения. Договор страхования считается расторгнутым с даты, указанной Страхователем в заявлении. При этом Страховщику должен быть возвращен оригинал Страхового сертификата. При досрочном расторжении Договора страхования по истечении периода охлаждения выплачивается выкупная сумма, предусмотренная разделом 9 настоящих Основных правил. Уплаченные Страховщику страховые взносы не подлежат возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное. При непрерывном продлении (пролонгации) страхового покрытия на следующий срок действия Договора страхования, если Страхователь расторг Договор страхования, уплаченные Страховщику страховые взносы не подлежат возврату.

7.11.4. Неуплаты Страхователем страхового взноса в размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования (с учетом п. 6.3 настоящих Основных правил).

7.11.5. Смерти Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования третьего лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, предусмотренные п. 11.2 настоящих Основных правил.

7.11.6. Ликвидации, реорганизации Страхователя – юридического лица в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не принял на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, предусмотренные п. 11.2 настоящих Основных правил и п. 23.4 Дополнительных правил.

7.11.7. Отказа Страхователя от Договора страхования в течение периода охлаждения.

Возврат Страхователю уплаченного первого страхового взноса возможен в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховых взносов при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в порядке, установленном настоящими Основными правилами.

Страховщик вправе предусмотреть в Договоре страхования более длительный срок для возврата страховых взносов, чем срок для возврата страховых взно-

⁶ Бенефициарным владельцем Страхователя – физического лица считается это лицо, за исключением случаев, если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является иное физическое лицо.

сов, установленный в п. 7.11.7 выше.

Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения и до даты начала действия страхования, то при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченные страховые взносы подлежат возврату Страхователю в полном объеме.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченных страховых взносов Страхователю вправе удержать их часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. При этом Страховщик при возврате уплаченных страховых взносов Страхователю не удерживает их часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, в случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования.

При отказе Страхователя от Договора страхования Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (заявления о расторжении Договора страхования) или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с п. 7.11.7 настоящих Основных правил. В случае возврата Страхователю уплаченного первого страхового взноса при отказе Страхователя от Договора страхования возврат первого страхового взноса производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (заявления о расторжении Договора страхования). Осуществление возврата первого страхового взноса наличными деньгами производится посредством обращения Страхователя в уполномоченную Страховщиком кредитную организацию. В случае возврата страховых взносов в соответствии с настоящим пунктом дополнительный инвестиционный доход не выплачивается.

7.11.8. В других случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

7.12. Договор страхования может содержать и иные условия, определяемые по соглашению сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.13. Если информация, сообщенная Страхователем при заключении Договора страхования, которая может воздействовать на оценку или принятие риска на страхование, будет ложной или скрыта, Страховщик имеет право признать Договор страхования недействительным.

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок страхования по «Основным рискам», указанный в Договоре страхования, устанавливается не менее 5 (пяти) лет и не более 20 (двадцати) лет.

8.2. Срок действия Договора страхования устанавливается соглашением сторон и указывается в Договоре страхования.

8.3. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, обязательства Страховщика по Договору страхования наступают с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее даты уплаты первого страхового

взноса.

8.4. Действие Договора страхования прекращается в случаях, предусмотренных в п. 7.11 настоящих Основных правил.

9. ВЫКУПНАЯ СУММА

9.1. Страховщик по итогам инвестиционной деятельности Страховщика – это сумма, выплачиваемая Страховщиком в случае досрочного прекращения действия Договора страхования по «Основным рискам» по причинам, указанным в пп. 7.11.3, 7.11.4, 7.11.5, 7.11.6 настоящих Основных правил, или в случае смерти Застрахованного по причинам, указанным в разделе 4 настоящих Основных правил, а также в других случаях, прямо предусмотренных в настоящих Основных правилах.

9.2. Порядок определения и выплаты выкупной суммы.

9.2.1. Размер выкупной суммы определяется Страховщиком в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения Договора страхования и указывается в Страховом сертификате.

9.2.2. Для Договоров страхования, заключенных на срок 6 (шесть) лет и более, выплата выкупной суммы производится в случае досрочного прекращения Договора страхования начиная с третьего года действия Договора страхования.

Для Договоров страхования, заключенных на срок 5 (пять) лет, выплата выкупной суммы производится в случае досрочного прекращения Договора страхования начиная со второго года действия Договора страхования.

9.2.3. Одновременно с выплатой выкупной суммы выплачивается сумма дополнительного дохода, которая была определена Страховщиком в соответствии с п. 9.5 настоящих Основных правил на дату досрочного прекращения Договора страхования или принятия решения о выплате выкупной суммы в связи со смертью Застрахованного по причинам, указанным в п. 9.3 настоящих Основных правил.

9.3. Выкупная сумма выплачивается:

9.3.1. Страхователю или по его поручению любому иному дееспособному физическому лицу или юридическому лицу.

9.3.2. Выгодоприобретателю – в случае смерти Застрахованного по причинам, перечисленным в п. 4.1 настоящих Основных правил.

9.4. Порядок определения выкупной суммы, учитываемой при расчете подлежащей выплате выкупной суммы (п. 9.2 настоящих Основных правил):

9.4.1. Выкупная сумма учитывается в размере, указанном в Договоре страхования на последний год действия Договора страхования, за который был оплачен страховой взнос.

9.5. Порядок определения Дополнительной выкупной суммы (Инвестиционного дохода).

9.5.1. Страховщик по итогам календарного года может объявить дополнительную норму доходности и определить соответствующий размер дополнительной выкупной суммы по действующему Договору страхования, в который включен риск «Дожития Застрахованного до окончания срока страхования» (п. 3.3.1 настоящих Основных правил), не позднее 30 июня года, следующего за указанным календарным годом, за который была объявлена дополнительная норма доходности.

9.5.2. Дополнительная выкупная сумма по Договору страхования определяется на основании объявленной Страховщиком дополнительной нормы доходности и рассчитывается, исходя из:

- величины страхового резерва на конец календар-

ного года (31 декабря), предшествующего году, за который была объявлена дополнительная норма доходности (Страховой резерв рассчитывается на основании Положения Банка России от 16 ноября 2016 г. № 557-П, исходя из разности между актуарной стоимостью страховых выплат по предстоящим страховым случаям и актуарной стоимостью предстоящих поступлений резервируемой нетто-премии с учетом цильмеризации);

- величины дополнительной выкупной суммы на конец календарного года (31 декабря), предшествующего году, за который была объявлена дополнительная норма доходности;
- величины годовой гарантированной нормы доходности, на основании которой были рассчитаны страховая и выкупная суммы, указанные в Договоре страхования, и которая составляет:
 - а) по Договорам страхования, по которым валюта Договора страхования экв. долларов США, – 1,4%;
 - б) по Договорам страхования, по которым валюта Договора страхования рубли, – 3%.

9.5.3. Расчет дополнительной выкупной суммы производится при условии, что Договор страхования действует не менее 3 (трех) полных календарных лет, последний из которых – это год объявления дополнительной нормы доходности.

9.5.4. Размер дополнительной выкупной суммы на дату начала действия Договора страхования равен нулю.

9.5.5. Страховщик уведомляет Страхователя о дополнительной норме доходности и/или размере дополнительной выкупной суммы по действующим Договорам страхования.

В случае если по итогам календарного года Страховщик не объявлял дополнительную норму доходности, уведомление Страхователя о размере дополнительной нормы доходности и/или дополнительной выкупной суммы не производится.

9.5.6. Размер дополнительной выкупной суммы по Договору страхования на текущую дату определяется как дополнительная выкупная сумма, рассчитанная Страховщиком в соответствии с последним объявлением дополнительной нормы доходности.

9.5.7. Размер дополнительной выкупной суммы не определяется по Договорам страхования, прекратившим свое действие на дату объявления дополнительной нормы доходности в соответствии с пп. 7.11 настоящих Основных правил.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая определяется:

10.1.1. По риску **«Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования»** (п. 3.3.1 настоящих Основных правил) – в размере 100% от страховой суммы, установленной по данному риску, плюс дополнительная выкупная сумма, определенная в соответствии с п. 9.5 настоящих Основных правил на дату окончания срока действия Договора страхования.

10.1.2. По риску **«Смерть Застрахованного по любой причине»** (п. 3.3.2 настоящих Основных правил) – 100% от страховой суммы, установленной по данному риску, плюс дополнительная выкупная сумма, определенная в соответствии с п. 9.5 настоящих Основных правил на дату наступления страхового случая. Страховая сумма считается равной сумме уплаченных страховых взносов до даты смерти Застрахованного.

10.2. Общий порядок страховой выплаты.

10.2.1. При наступлении страхового события Страховщик должен быть извещен о таком событии Страхо-

вателем/Застрахованным/Законным представителем Застрахованного или иным лицом в течение 30 (тридцати) дней со дня наступления страхового события любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения. При наличии уважительной причины вышеуказанный срок может быть продлен Страховщиком, например, при одновременной смерти Страхователя и Застрахованного и/или Выгодоприобретателя или в иных случаях.

10.2.2. Для решения вопроса о страховой выплате Страхователь/Застрахованный/Выгодоприобретатель/Законный представитель должен направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошло страховое событие, даты, места и обстоятельств наступления страхового события, желаемого способа получения страховой выплаты с указанием всех необходимых реквизитов, а также предоставить документы, указанные в п. 10.3 настоящих Основных правил.

10.2.3. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты вынесения Страховщиком решения о выплате. Решение о выплате или об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты представления всех необходимых, предусмотренных Договором страхования документов, что оформляется страховым актом, и сообщает о своем решении Выгодоприобретателю (или Страхователю, если Выгодоприобретатель не определен Договором).

10.2.4. Принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс до окончания проверки расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет Застрахованному/Страхователю уведомительное письмо с указанием причины задержки страховой выплаты.

10.2.5. Страховая выплата может производиться одним из выбранных Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем способов: безналичным перечислением на банковский счет или почтовым переводом.

10.2.6. В случае если Выгодоприобретатель на момент страховой выплаты является несовершеннолетним, причитающаяся ему сумма переводится на счет в банке на его имя с уведомлением его законных представителей.

10.3. Документы, предоставляемые Страховщику для решения вопроса о страховой выплате.

10.3.1. В случае решения вопроса о страховой выплате согласно п. 3.3.1 настоящих Основных правил:

- заявление на получение страховой выплаты от Выгодоприобретателя, Анкета получателя (при необходимости);
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного (оригинал или надлежащим образом заверенная копия);
- оригинал Страхового сертификата (при наличии); документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (оригинал или надлежащим образом заверенная копия, представляется, если Выгодоприобретатель не является Застрахованным);
- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (если Выгодоприобретатель указывает реквизиты иного лица).

Если Выгодоприобретатель / получатель страховой выплаты не является гражданином РФ и/или имеет налоговое резидентство иностранного государства, Страховщик вправе запросить дополнительные доку-

менты в соответствии с действующим законодательством.

10.3.2. В случае решения вопроса о страховой выплате согласно п. 3.3.2 настоящих Основных правил:

- заявление на получение страховой выплаты от Выгодоприобретателя, Анкета получателя (при необходимости);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (оригинал или надлежащим образом заверенная копия);
- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного;
- документ с указанием причины смерти Застрахованного – копия, заверенная выдавшим учреждением или нотариально (справка о смерти из загса с указанием причины смерти, медицинское свидетельство о смерти, посмертный эпикриз);
- выписка из амбулаторной карты Застрахованного по месту жительства или по месту наблюдения с указанием всех перенесенных заболеваний и дат их диагностики;
- документ из правоохранительных органов, описывающий обстоятельства произошедшего события, – копия, заверенная выдавшим учреждением (постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела, протокол с места события, справка о ДТП с указанием участников события);
- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (оригинал или надлежащим образом заверенная копия, представляется, если Выгодоприобретатель указывает реквизиты иного лица).

Если Выгодоприобретатель / получатель страховой выплаты не является гражданином РФ и/или имеет налоговое резидентство иностранного государства, Страховщик вправе запросить дополнительные документы в соответствии с действующим законодательством.

10.3.3. Страховщик вправе обоснованно затребовать у Застрахованного/Выгодоприобретателя следующие документы:

- акт судебно-медицинского исследования – оригинал или копию, заверенную надлежащим образом;
- заверенную выдавшим учреждением копию амбулаторной карты Застрахованного по месту жительства или по месту наблюдения;
- заверенную выдавшим учреждением копию истории болезни стационарного больного – Застрахованного;
- акт о несчастном случае на производстве / в образовательном учреждении – оригинал или копию, заверенную надлежащим образом;
- решение/постановление суда с описанием обстоятельств произошедшего и указанием лиц, признанных виновными, – копию, заверенную выдавшим учреждением либо нотариально;
- документ, подтверждающий право на управление транспортным средством лица, находившегося за рулем, – оригинал или копию, заверенную надлежащим образом;
- справку о результатах исследования крови лица, находившегося за рулем, на наличие алкоголя и наркотических веществ – оригинал или копию, заверенную надлежащим образом;
- свидетельство о праве на наследство в виде страховой выплаты – оригинал или нотариально заверенную копию;
- заявление на страховую выплату от наследника по закону.

10.4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если:

- а) Страхователь/Застрахованный при заключении Договора страхования не сообщил или сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, имевшихся до заключения Договора страхования и которые стали известны Страховщику после заключения Договора страхования. Существенными признаются те обстоятельства, которые оговорены в Заявлении на страхование;
- б) Страхователь/Выгодоприобретатель имел возможность, но не предоставил документы и сведения, предусмотренные Договором страхования и необходимые для установления факта наступления страхового случая, в течение 1 (одного) месяца с уведомления Страховщика о страховом событии.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. Ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования.

11.1.2. При страховом случае произвести страховую выплату в установленный Договором страхования срок.

11.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

11.1.4. Не разглашать медицинскую информацию, представленную Страхователем, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи перестраховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному для оценки степени риска и для оформления Договора перестрахования, сострахования и т.д. Передача данных о Застрахованном допускается только в той мере, в какой это необходимо для оформления Договора перестрахования/сострахования или обоснования страховой выплаты и не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

11.1.5. Информировать Страхователя о просрочке уплаты очередного страхового взноса в размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования, одним из согласованных со Страхователем способов.

11.1.6. Исполнять иные свои обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и положениями действующего законодательства РФ.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. Своевременно уплачивать страховые взносы в определенном условиями Договора страхования размере.

11.2.2. Уведомить Страховщика о наступлении страхового события в течение 30 (тридцати) дней начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении страхового события, и предоставить Страховщику необходимые документы согласно п. 10.3 настоящих Основных правил. Уведомление Страховщика о факте наступления страхового события должно быть произведено Страхователем любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового события может быть исполнена Выгодоприобретателем или иным лицом.

11.2.3. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и имевшихся до заключения Договора стра-

хования. Существенными признаются те обстоятельства, которые оговорены в Заявлении на страхование.

11.2.4. Исполнять иные свои обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и положениями действующего законодательства РФ.

11.3. Страхователь имеет право:

11.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования.

11.3.2. Получить дубликат Страхового сертификата в случае его утраты.

11.3.3. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

11.3.4. Досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика и указанием даты досрочного прекращения Договора страхования.

11.3.5. Страхователь имеет иные права, возникающие из оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.4. Страховщик имеет право:

11.4.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем своих обязанностей по Договору страхования.

11.4.2. По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в связи с новыми изменениями в законодательстве Российской Федерации, которые прямо или косвенно влияют на объем обязательств Страховщика или Страхователя.

11.4.3. Отказать в страховой выплате, если Страхователь имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством, но не предоставил в установленный Договором срок документы и сведения, предусмотренные Договором страхования и необходимые для установления причин страхового случая, или предоставил заведомо ложные сведения.

11.4.4. Отсрочить решение вопроса о страховой выплате (об отказе в страховой выплате) в случае возбуждения по факту наступления события, указанного в п. 3.3 настоящих Основных правил, уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

11.4.5. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительных страховых взносов соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховых взносов, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.4.6. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах по риску, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11.4.7. Страховщик имеет иные права, возникающие из оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.5. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель по Договору страхования вправе запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту, в случае, если Договор страхования заключается при посредничестве страхового

агента.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования в процессе его исполнения, разрешаются путем переговоров. При недостижении взаимного согласия по их урегулированию споры рассматриваются и разрешаются:

12.1.1. Путем обращения потребителя финансовых услуг к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг (далее – финансовый уполномоченный) с требованием о взыскании денежных сумм в размере, не превышающем 500 000 (пятьсот тысяч) рублей 00 копеек, за исключениями, установленными Федеральным законом от 4 июня 2018 года № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» и если со дня, когда страхователь узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

Требования к оформлению и порядок направления обращений, а также иные условия взаимодействия с финансовым уполномоченным установлены Федеральным законом от 4 июня 2018 года № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

12.1.2. В судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Все заявления и извещения, которые делают друг другу Субъекты страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.

13.2. Каждая из Сторон несет ответственность за доведение своего сообщения до другой Стороны по адресу, отраженному в Договоре страхования.

13.3. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны неизвещенная Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.

13.4. Страховщик не несет ответственности за неисполнение / ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору страхования (Страховому сертификату), если оно возникло вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

ЧАСТЬ 2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДАЛЕЕ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА)

14. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

14.1. По Договору страхования в соответствии с Дополнительными правилами Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), оплачивать организацию и оказание медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованному в соответствии с Медицинской программой, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

14.2. Договоры страхования заключаются Страхователями в пользу физических лиц (Застрахованных) в возрасте от 1 (одного) года на дату заключения Договора страхования и до 65 (шестидесяти пяти) лет на дату окончания Договора страхования.

Страховщик при заключении Договоров страхования вправе применять специальные условия принятия на страхование с учетом вероятности наступления страхового случая в соответствии с внутренними регламентами Страховщика в отношении лиц:

а) моложе 18 (восемнадцати) и старше 65 (шестидесяти пяти) лет на дату заключения Договора страхования;

б) обращавшихся за медицинской помощью по нижеперечисленным заболеваниям в течение последних 10 (десяти) лет⁷ и/или страдающих ими в настоящее время: рак или злокачественное новообразование любого типа, в том числе болезнь Ходжкина, новообразование любого вида или киста в области головного мозга, черепа или спинного мозга, лейкоemia и/или иные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, любое заболевание крови, кроветворных органов, требующее лечения в течение более чем одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или васкулопатия (заболевания сосудов)), любые предраковые изменения или рак *in situ*, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез, мочеполовой системы, любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, кардиомиопатия, нарушения сердечного клапана, шумы в сердце или ревматизм), инсульт или кровоизлияние в мозг, любая форма диабета.

в) проходящих стационарное, амбулаторное, восстановительное или профилактическое лечение, либо в отношении которых устанавливался по результатам обследования диагноз, либо которые находятся под наблюдением врача-специалиста по вышеперечисленным заболеваниям.

Страховщик имеет право не заключать Договоры страхования в отношении лиц:

– возраст которых меньше 18 (восемнадцати) лет, если они не являются родными детьми или официально усыновленными/удочеренными детьми Страхователя, а также родными внуками Страхователя.

15. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРАВИЛАМ

15.1. Объектом страхования по Дополнительным правилам являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания

медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующего организации и оказания таких услуг в соответствии с Медицинской программой.

Имущественный (страховой) интерес – совокупность объективных факторов, отражающих потребность Страхователя/Застрахованного в получении страхового покрытия, величина которого (страховая сумма) рассчитывается, исходя из потенциальных финансовых потерь Выгодоприобретателей, связанных с наступлением страховых событий с Застрахованным.

Порядок проверки имущественного интереса при заключении Договора страхования определяется согласно внутренним документам Страховщика.

16. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРАВИЛАМ

16.1. Страховым риском признаются обстоятельства, возникшие в период действия Договора страхования и требующие оплаты организации и оказания медицинской помощи Застрахованному в соответствии с Медицинской программой («Дополнительный риск»).

16.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного (если возраст Застрахованного меньше 18 (восемнадцати) лет, Законного представителя Застрахованного) в течение действия Договора страхования к Страховщику за организацией медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованному в соответствии с условиями Медицинской программы, в связи с чем возникает обязанность Страховщика организовать предоставление и оплатить медицинскую помощь (медицинские и иные услуги), предусмотренные Медицинской программой.

16.3. Перечень медицинских и иных услуг, а также лимиты ответственности Страховщика приводятся в соответствующей Медицинской программе, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования. Перечень медицинских и иных услуг, а также лимиты ответственности Страховщика в Медицинской программе могут быть изменены.

16.4. В Договор страхования может быть включен «Дополнительный риск» только при наличии «Основных рисков» в соответствии с условиями Основных правил. Действие Договора страхования только в отношении «Дополнительного риска» не допускается.

17. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

17.1. Не признается страховым случаем событие, предусмотренное в п. 16.2 настоящих Дополнительных правил, и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованный обратился за оказанием медицинских и иных услуг:

17.1.1. При заболеваниях, не предусмотренных Медицинской программой.

17.1.2. По истечении 30 (тридцати) календарных дней и более с даты окончания срока действия Договора страхования.

17.1.3. При наличии у Застрахованного предусмотренных Медицинской программой заболеваний, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившихся связанными с данными заболеваниями симптомами, зафиксированными в медицинских документах, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями в течение 10 (десяти) лет до даты начала срока действия Договора страхования, или во время Периода ожидания (в соответствии с разделом «Определения» настоящих Правил), медицинского лечения, которое было запланировано, или

⁷ Для Застрахованных, возраст которых менее 10 (десяти) лет на дату начала срока действия Договора страхования, – в течение срока начиная с даты рождения Застрахованного до даты начала срока действия Договора страхования.

необходимость в котором была известна до момента заключения Договора страхования.

17.1.4. Если до даты начала срока действия Договора страхования или во время Периода ожидания (в соответствии с разделом «Определения» настоящих Правил) Застрахованному были проведены предусмотренные Медицинской программой медицинские процедуры, а также если они были запланированы или необходимость в них была известна до момента заключения Договора страхования.

17.1.5. Для лица, не являющегося Застрахованным по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным Договора страхования и/или иных документов третьему лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой.

17.1.6. Не назначенных лечащим врачом (без медицинских показаний) либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболеваний, указанных в Медицинской программе.

17.1.7. В связи с заболеванием, которое является прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию, злокачественные новообразования (в том числе саркому Капоши) или другое подобное изменение независимо от даты установления диагноза.

17.1.8. В связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне.

17.1.9. В связи с заболеваниями, возникшими в результате занятия Застрахованным следующими видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт.

17.1.10. В связи со службой в рядах вооруженных сил, в том числе, но не ограничиваясь: в полиции, пожарной охране, системе исполнения наказаний.

17.1.11. В связи с пребыванием Застрахованного в местах лишения свободы (содержания под стражей) или под подпиской о невыезде.

17.1.12. В связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта.

17.1.13. В связи с расстройством здоровья, связанным с управлением Застрахованным любым транспортным средством без документа на право управления транспортным средством соответствующей категории (водительского удостоверения), когда наличие водительского удостоверения либо временного разрешения обязательны; либо передачи управления транспортным средством лицу, не имеющему документа на право управления транспортным средством соответствующей категории; либо управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения; или передачи Застрахованным управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

17.1.14. В связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений.

17.1.15. В связи с причинением себе телесных повреждений или нарушением здоровья, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

17.1.16. Организованных не Сервисной компанией и/или не согласованных Страховщиком.

17.1.17. Связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в стране лечения, указанной в Медицинской программе.

17.1.18. В связи с ранее существовавшими заболеваниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до начала действия Договора страхования (в том числе начата диагностика заболеваний сердца, коронарных сосудов, заболеваний нервной системы до начала действия Договора страхования).

17.1.19. В связи с врожденными пороками развития, аномалиями развития (в том числе с врожденными нарушениями нормального развития головного мозга и черепной коробки, врожденными пороками развития спинного мозга и позвоночника), наследственными заболеваниями, родовыми травмами.

17.1.20. Связанных с организацией реабилитационно-восстановительного лечения.

17.1.21. Связанных с психирургией.

17.1.22. В эстетических и/или косметических целях, включая все виды бариатрических операций, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы по поводу злокачественного онкологического заболевания.

17.1.23. Оперативных вмешательств, выполняемых по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем).

17.1.24. В связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного, непосредственно связанной с химическими веществами и газами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), взрывчатыми веществами, ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, микроволновым излучением, высоковольтными электрическими сетями.

17.1.25. С несоблюдением процедуры получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с Медицинской программой.

17.2. Также не признается страховым случаем событие, указанное в п. 16.2 настоящих Дополнительных правил, и оплата Страховщиком не производится в случаях:

17.2.1. Приобретения любых лекарственных препаратов, не назначенных лечащим врачом в рамках получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с Медицинской программой, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболеваний, указанных в Медицинской программе, а также которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретены без наличия медицинского рецепта.

17.2.2. Приобретения или аренды любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, инвалидных кресел, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их

использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в соответствии с Медицинской программой.

17.3. Не признаются страховыми случаями хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:

17.3.1. Если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

17.3.2. Если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

17.3.3. Если при трансплантации органов Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;

17.3.4. Если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);

17.3.5. Если причиной трансплантации явилось заболевание, впервые диагностированное до начала срока действия Договора страхования.

18. СТРАХОВАЯ СУММА

18.1. Размер страховой суммы и порядок ее определения указывается в Договоре страхования по соглашению сторон между Страхователем и Страховщиком.

18.2. Страховая сумма по страховому риску, указанному в п. 16.2 настоящих Правил, является уменьшаемой, рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховой выплаты, осуществленной Страховщиком в течение срока действия Договора страхования.

18.3. Договором страхования (Медицинской программой) могут быть установлены лимиты на оплату организации определенных услуг в соответствии с Медицинской программой в пределах страховой суммы.

19. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

19.1. Страховая премия по «Дополнительному риску» уплачивается единовременно.

Страховая премия уплачивается путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика в течение 10 (десяти) календарных дней начиная с даты заключения Договора страхования.

19.1.1. При безналичной форме уплаты факт уплаты страховой премии должен подтверждаться платежными документами.

19.2. Льготный период.

19.2.1. Если Страхователь в целях продления (продлонгации) Договора страхования по «Дополнительному риску» (для Договоров страхования, заключаемых сроком на 1 (один) год с возможностью продления (продлонгации)) не уплатил страховую премию за следующий срок страхования до даты окончания текущего Договора страхования, Страхователю предоставляется льготный период – 90 (девяносто) календарных дней – с даты, следующей за датой окончания текущего срока страхования, во время которого Договор страхования остается в силе.

19.2.2. Страхователь должен до истечения льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить страховую премию.

19.2.3. Если страховая премия за следующий срок страхования не будет уплачена до истечения льготного периода, действие Договора страхования по «Дополнительному риску» прекращается с даты начала льготного периода соответствии с п. 21.7 Дополнительных правил.

19.2.4. В случае расторжения Договора страхования как по «Основным рискам», так и по «Дополнительным рискам» в течение льготного периода Страхователю выплачивается выкупная сумма, определяемая в соответствии с п. 9.4 Основных правил.

19.2.5. При наступлении страхового случая по «Дополнительному риску» в течение льготного периода Застрахованный имеет право на получение и оплату Страховщиком / Сервисной компанией определенной Медицинской программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг) только после уплаты задолженности по страховой премии по «Основным рискам» и «Дополнительному риску».

20. СРОК СТРАХОВАНИЯ (СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ)

20.1. Договор страхования по «Дополнительному риску» в соответствии с настоящими Дополнительными правилами заключается на 1 (один) год с возможностью продления (продлонгации). Договор страхования в части «Дополнительного риска» считается продленным (продлонгированным) на следующий срок страхования на тех же условиях, если Страхователь уплатит страховую премию за продлеваемый (продлонгируемый) срок действия Договора страхования. При этом общее количество продлений (продлонгаций) Договора страхования в части «Дополнительного риска» не может превышать максимального срока страхования по «Основным рискам», уменьшенного на 1.

Дата окончания последнего срока страхования по «Дополнительному риску» не может превышать дату окончания срока страхования по «Основным рискам» в соответствии с условиями Основных правил страхования.

При непрерывном продлении (продлонгации) Договора страхования на следующий срок страхования период ожидания для таких сроков страхования не применяется.

20.2. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, обязательства Страховщика по Договору страхования наступают с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии.

20.3. Действие Договора страхования прекращается в случаях, предусмотренных в п. 21.7 настоящих Дополнительных правил.

21. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

21.1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, при котором Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, осуществить оплату организации медицинской помощи (медицинских и иных услуг), предусмотренных Договором страхования, в случае наступления события (страхового случая), предусмотренного Договором страхования.

21.2. Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление по установленной форме о своем желании заключить Договор страхования.

21.3. Для заключения Договора страхования Страхователь предъявляет документы по списку в соответствии с п. 7.5 Основных правил.

21.4. Страховщик вправе сократить перечень документов и сведений, указанных в п. 7.5 Основных правил.

21.5. Страховщик вправе обновлять информацию о Страхователях, представителях Страхователей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, указанную в п. 7.5 Основных правил, не реже одного раза в год, а в случае возникновения сомнений в достоверности и точности ранее полученной информации – в течение 7 (семи) рабочих дней, следующих за днем

возникновения таких сомнений.

21.6. Договор страхования вступает в силу с даты заключения Договора страхования при условии поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика в течение 10 (десяти) календарных дней, начиная с даты заключения Договора страхования.

21.7. Действие Договора страхования прекращается в случае:

21.7.1. Расторжения Договора страхования по «Основным рискам» и/или «Дополнительному риску» в порядке, установленном в п. 7.11.3 Основных правил страхования.

21.7.2. Неуплаты Страхователем страховой премии в размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования (с учетом п. 19.2 настоящих Дополнительных правил).

21.7.3. Смерти Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования третьего лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, предусмотренные п. 11.2 Основных правил.

21.7.4. Ликвидации, реорганизации Страхователя – юридического лица – в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не принял на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, предусмотренные п. 23.4 настоящих Дополнительных правил.

21.7.5. Отказа Страхователя от Договора страхования в течение периода охлаждения.

21.7.6. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

21.8. Договор страхования может содержать и иные условия, определяемые по соглашению сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

21.9. Если информация, сообщенная Страхователем при заключении Договора страхования, которая может воздействовать на оценку или принятие риска на страхование, будет ложной или скрыта, Страховщик имеет право признать Договор страхования недействительным.

21.10. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии возможен в случае отказа Страхователя от Договора страхования по «Основным рискам» и «Дополнительным рискам» в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в порядке, установленном в п. 7.11.7 Основных правил страхования.

21.11. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованного и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий Договора страхования. Данная обязанность может быть исполнена Застрахованным (Выгодоприобретателем).

21.12. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, это является основанием для изменения предлагаемых Страхователю условий страхования.

22. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

22.1. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает Договоры по организации

оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) с сервисными компаниями при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

22.2. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и Медицинской программой. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг) непосредственно в медицинское учреждение или Сервисную компанию или возмещения Застрахованному стоимости приобретенных лекарственных препаратов в соответствии с условиями Медицинской программы.

22.3. Для оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованному в соответствии с Договором страхования и Медицинской программой Застрахованный ⁸ обязан незамедлительно до обращения в медицинскую организацию (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику / Сервисной компании о наступлении вышеуказанного состояния любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, электронной почте, письмом или устно по телефону).

22.4. Застрахованный обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая.

22.5. Для организации медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с Медицинской программой, а также для возмещения затрат на приобретение лекарственных препаратов Застрахованным ⁹ предоставляются Страховщику следующие документы:

22.5.1. Заявление о страховом случае.

22.5.2. Копия Договора страхования.

22.5.3. Оригинал выписки из истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданной соответствующим лечебным учреждением, с окончательным диагнозом и описанием проведенного лечения (если таковое было).

22.5.4. Копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим лечебным учреждением.

22.5.5. Оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза.

22.5.6. Оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающих их покупку (чеки, квитанции и т.п.).

22.5.7. Результаты проведенных обследований.

22.5.8. Оригинал или копия извещения о больном со впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, заверенная медицинским учреждением – форма № 090/У (при наличии).

22.5.9. Копия карты амбулаторного или стационарного больного, заверенная лечебным учреждением, в котором изначально диагностировано заболевание.

22.5.10. Копия соответствующего медицинского заключения с назначением лекарственных препаратов, за-

⁸ Если возраст Застрахованного меньше 18 лет, Законным представителем Застрахованного.

⁹ Если возраст Застрахованного меньше 18 лет, Законным представителем Застрахованного.

веренная медицинской организацией, оказывавшей медицинские услуги, и лечащим врачом.

22.5.11. Оригиналы или заверенные выдавшим их врачом и лечебным учреждением копии рецептов приобретенных лекарственных препаратов.

22.5.12. Копии кассовых чеков, счетов и квитанций об оплате (если лекарственный препарат приобретался за безналичный расчет).

22.6. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы у Застрахованного, а также сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских организаций и других предприятий и учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

22.7. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик информирует об этом Страхователя (Застрахованного) с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.

22.8. При признании случая страховым Страховщик / Сервисная компания организует предусмотренные Договором страхования медицинские и иные услуги в соответствии с Медицинской программой в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней. При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному будет отказано в получении необходимых виз или иных въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания в целях прохождения лечения в соответствии с Медицинской программой.

22.9. При признании случая нестраховым Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Медицинской программы с указанием причин.

22.10. Выбор лечебного учреждения для получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг), предусмотренных Договором страхования и Медицинской программой, осуществляется Сервисной компанией по согласованию со Страховщиком.

23. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

23.1. Страхователь имеет право:

23.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования.

23.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в лечебных учреждениях, определенных в Договоре страхования, в соответствии с условиями Медицинской программы.

В случае непредоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг), несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

23.1.3. Отказаться от продления (пролонгации) Договора страхования в части «Дополнительного риска», направив письменное заявление Страховщику не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты начала следующего срока страхования.

23.1.4. Страхователь имеет иные права, возникающие

из оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

23.2. Застрахованный имеет право:

23.2.1. Требовать предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с условиями Договора страхования и Медицинской программой.

23.2.2. Обращаться к Страховщику / Сервисной компании за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения для получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с Медицинской программой, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

23.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя – физического лица, ликвидации Страхователя – юридического лица – в порядке, предусмотренном законодательством.

23.2.4. Получить дубликат Договора страхования в случае его утраты.

23.3. Страховщик имеет право:

23.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований Договора страхования.

23.3.2. Отказаться в выплате страхового возмещения (в оплате стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг)) при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Дополнительными правилами или Договором страхования.

23.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате организации медицинской помощи (медицинских и иных услуг) или отказа от оплаты организации медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

23.3.4. Заключать договоры на предоставление медицинской помощи (медицинских и иных услуг) с лечебными учреждениями, Сервисными компаниями.

23.3.5. Полностью или частично отказать в оплате организации медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в случае прекращения Договора страхования, в связи с неуплатой страховой премии за продлеваемый (пролонгируемый) срок страхования или расторжения Договора страхования.

23.3.6. В одностороннем порядке изменять размер страховой премии по «Дополнительному риску» на следующий срок страхования (в случае продления (пролонгации) Договора страхования на следующий срок страхования). При этом Страхователю направляется письменное уведомление об изменении размера страховой премии не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты начала следующего срока страхования по «Дополнительному риску». В случае отказа Страхователя от продления (пролонгации) Договора страхования на новых условиях Договор страхования расторгается в части «Дополнительного риска» с даты, следующей за датой окончания текущего срока страхования. В части «Основного риска» действие Договора страхования продолжается.

23.3.7. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятель-

ствах по риску, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

23.3.8. Отказать в выплате страхового возмещения (в оплате стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг)), если Страхователь/Застрахованный при заключении Договора страхования не сообщил или сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, имевшихся до заключения Договора страхования и которые стали известны Страховщику после заключения Договора страхования. Существенными признаются те обстоятельства, которые оговорены в Заявлении на страхование.

23.3.9. Страховщик имеет право произвести перерасчет страхового взноса/премии в случае отказа Страхователя от продления (пролонгации) Договора страхования в соответствии с п. 23.1.3 настоящих Правил страхования.

23.3.10. Страховщик имеет иные права, возникающие из оснований, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

23.4. Страхователь обязан:

23.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные Договором страхования страховые премии.

23.4.2. Обеспечить сохранность документов по Договору страхования.

23.4.3. В соответствии с Медицинской программой связаться со Страховщиком при наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным / Законным представителем Застрахованного.

23.4.4. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и имевшихся до заключения Договора страхования. Существенными признаются те обстоятельства, которые указаны в Договоре страхования, приложениях к Договору страхования, Заявлении на страхование, а также в письменном запросе Страховщика, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

23.4.5. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить 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 (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях). Значительными (во всяком случае, но не исключительно) признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и переданных Страхователю Правилах страхования.

23.4.6. Исполнять иные свои обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и положениями действующего законодательства РФ.

23.5. Застрахованный обязан:

23.5.1. Соблюдать предписания врача, полученные в

ходе предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг) в соответствии с Медицинской программой.

23.5.2. Не передавать страховые документы другим лицам с целью получения ими медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу Договор страхования с целью получения им медицинской помощи (медицинских и иных услуг) по Договору страхования, Страховщик вправе не производить выплаты страхового возмещения по факту обращения другого лица в лечебное учреждение.

23.5.3. Исполнять иные свои обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и положениями действующего законодательства РФ.

23.6. Страховщик обязан:

23.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

23.6.2. Выдать Страховой сертификат (Договор страхования) с приложением Правил и Медицинской программы.

23.6.3. При наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и Сервисной компанией / лечебным учреждением, оплату медицинской помощи (медицинских и иных услуг) организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, предусмотренные Медицинской программой.

23.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным. Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о Договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством РФ.

23.6.5. Не разглашать медицинскую информацию, представленную Страхователем, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи пере-страховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному для оценки степени риска и для оформления Договора перестрахования, сострахования и т.д. Передача данных о Застрахованном допускается только в той мере, в какой это необходимо для оформления Договора перестрахования/сострахования или обоснования страховой выплаты и не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

23.6.6. Информировать Страхователя о просрочке уплаты очередного страхового взноса в размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования, одним из согласованных со Страхователем способов.

23.6.7. Исполнять иные свои обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и положениями действующего законодательства РФ.

23.7. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель по Договору страхования вправе запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту, в случае, если Договор страхования заключается при посредничестве страхового агента.

24. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

24.1. В соответствии с п. 12 Основных правил.

25. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

25.1. В соответствии с п. 13 Основных правил.