

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ЧАРТИС»**

УТВЕРЖДАЮ:

Президент

Закрытого акционерного общества

«Страховая компания Чартис»

_____ (Стуканова Е.Ю.)

«15» июня 2010

***ПРАВИЛА (ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ)
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ
ЛИЦ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ И
НА СЛУЧАЙ ПОТЕРИ РАБОТЫ***

Общие Определения

Общие Условия страхования

Общие условия осуществления страховой выплаты

Общие Исключения из страхового покрытия

Разрешение споров

Секция А – Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев или Болезней

A1 – Смерть

A2 – Инвалидность

A3 – Временная полная потеря трудоспособности

Секция В – Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев

Б1 – Смерть

Б2 - Инвалидность

Б3 – Временная полная потеря трудоспособности

Секция С – Вынужденная потеря работы

Приложения:

1. Таблица базовых страховых тарифов (тарифных ставок)
2. Образец Страхового полиса
3. Образец заявление о страховой выплате
4. Образец заявления Застрахованного лица

Общие Определения

Указанные определения применимы ко всем секциям Правил (полисных условий) страхования и *Договора страхования*.

Отдельные слова и выражения, используемые в настоящих Полисных условиях, имеют определенное значение. Это значение они имеют везде по тексту Полисных условий, таблиц страховых выплат или приложений, и выделены *курсивом*.

Несчастный случай

Внезапное короткое по времени воздействия внешнее событие, вне контроля *Страхователя*, *Застрахованного лица* или *Выгодоприобретателя*, которое вызвало *Телесное повреждение Застрахованного лица*.

Годовая заработная плата

Совокупный размер годового оклада (до удержания налогов), исключая выплату сверхурочных, комиссий, премий, выплачиваемый *Застрахованному лицу* на дату наступления *Телесного повреждения* или начала *Болезни*. В случае понедельной оплаты труда *Застрахованного лица*, *Годовая заработная плата* будет исчисляться путем умножения среднего недельного оклада (до удержания налогов) *Застрахованного лица* за тринадцать недель, предшествующих наступлению *Телесного повреждения*, на пятьдесят два.

Заявитель

Физическое лицо, обращающееся за страховым покрытием по настоящему *Страховому полису*.

Выгодоприобретатель

Одно или несколько физических или юридических лиц, указанных в *Страховом полисе* и назначенных, с согласия *Застрахованного лица*, в качестве лиц, получающих страховые выплаты по настоящему *Страховому полису*.

Если *Выгодоприобретатель* не является *Застрахованным лицом*, *Страховщик* выплачивает *Выгодоприобретателю* только страховую сумму в размере задолженности, которое *Застрахованное лицо* обязано погасить *Выгодоприобретателю*. Оставшаяся сумма (разница между страховой суммой и суммой задолженности, которую *Застрахованное лицо* обязано погасить *Выгодоприобретателю*) выплачивается *Застрахованному лицу* или, в случае смерти *Застрахованного лица*, его законным наследникам в соответствии с законодательством Российской Федерации, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменном виде.

Телесное повреждение

Телесное повреждение в результате *Несчастливого случая*, произошедшего в течение *Срока страхования*, но не являющееся следствием постепенного воздействия. Телесные повреждения не включают:

- Болезнь, если только она не является результатом получения телесных повреждений;
- Посттравматический стресс; или
- Психологическое или психиатрическое заболевание или состояние здоровья, когда подобное состояние является прямым следствием *Несчастливого случая*.

Ежедневная заработная плата

Для *Застрахованных лиц*, получающих заработную плату ежемесячно, *Ежедневная заработная плата* рассчитывается делением *Годовой заработной платы* *Застрахованного лица* на триста шестьдесят пять.

Договор страхования

Под договором страхования понимаются *Страховой полис*, с приложением настоящих Правил (Полисных Условий) страхования, Приложений, Дополнительных соглашений (если имеются).

Страховое покрытие

Мера удовлетворения *Страховщиком* страхового интереса *Страхователя*, которая отражает обязательства *Страховщика*, принятые по договору страхования, по предоставлению *Страховщиком* страховой выплаты в связи с наступлением страхового случая.

Дата начала действия страхования

Дата начала *Срока* страхования, указанная в страховом полисе.

Объём страхового покрытия

Перечень страховых сумм, формирующих сумму страховой выплаты, осуществляемой *Страховщиком* при наступлении страхового случая.

Страховой риск (страховое событие)

Предполагаемое событие, указанное в *Договоре страхования*, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Страховой тариф

Ставки страховой премии, рассчитанные с единицы страховой суммы.

Страховой случай

Свершившееся страховое событие, с наступлением которого *Страховщик* обязан произвести страховую выплату.

Застрахованное лицо

Заявитель в возрасте от 16 до 65 лет, если иное не согласовано в письменной форме со *Страховщиком*, которое соответствует требованиям Страхователя, предъявляемым к заемщику и с которым Страхователь заключает кредитный договор, указанное в *Страховом полисе* в качестве *Застрахованного лица*, и чье имя указано в Списке *Застрахованных лиц*, предоставленном *Страхователем Страховщику*.

Страховщик

Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис»

Врач

Должным образом квалифицированный и осуществляющий деятельность в соответствии с требованиями применимого законодательства Врач, не являющийся:

- *Застрахованным лицом*,
- Членом семьи *Застрахованного лица*,
- Сотрудником *Страхователя*.

Термин *Врач* включает в себя терапевта, врача – специалиста и хирурга.

Срок страхования

Период, в течение которого страхование распространяется на произошедшие страховые случаи. *Срок страхования* может превышать *Срок действия договора страхования*, но *Срок страхования* для каждого *Застрахованного лица* должен начаться в течение *Срока действия договора страхования*.

Страхователь

Юридическое лицо, указанное в *Страховом полисе* в качестве *Страхователя*.

Профессиональный спорт

Спорт, в котором спортсмен получает вознаграждение за свои выступления, и который является основной работой и карьерой спортсмена, при условии, что заработок спортсмена от занятия данным спортом превышает 50% от общего дохода спортсмена из всех источников.

Полупрофессиональный спорт

Спорт, в котором спортсмен получает вознаграждения за свои выступления, но который не является основной работой и карьерой спортсмена, и заработок спортсмена от занятия данным спортом ниже 50% от общего дохода спортсмена из всех источников.

Страховой полис

Документ, выданный *Страховщиком Страхователю* в подтверждение заключения договора страхования на отраженных в нем условиях.

Полет по опубликованному расписанию

Полёт, который начинается и заканчивается в аэропорту в соответствии с опубликованным расписанием авиалинии или туроператора, и на который производится продажа билетов.

Болезнь

Любое случайное заболевание, впервые диагностированное в течение *Срока страхования*, но исключая любое заболевание, которое является или вызвано нарушениями состояния здоровья, в связи с которыми *Застрахованному лицу* было рекомендовано лечение или *Застрахованное Лицо* получало или должно было

получать лечение до начала *Срока страхования* для любого *Застрахованного лица*.

Страховая сумма

Максимальная сумма, указанная в *Страховом полисе*, в пределах которой *Выгодоприобретатель* может требовать выплаты.

Срок действия договора страхования

Период, указанный в *Страховом полисе*.

Период ожидания

Первоначальный период *Временной полной потери трудоспособности* или *Вынужденная потеря работы*, в течение которого соответствующая выплата не осуществляется.

Терроризм

Действия, включая угрозу применения силы или применение силы любым лицом или группой лиц, действующих либо самостоятельно, либо от имени либо в связи с любой организацией или Правительством, совершенные по политическим, религиозным, идеологическим или этическим мотивам или причинам, включая намерения повлиять на любое правительство и/или с целью устрашения общественности либо ее части.

Война

Любые действия, связанные с, или любая попытка участия в применении военной силы между государствами, гражданской войне, революции или вторжении, гражданских волнениях, использовании военной силы или захвате власти, намеренном использовании военных сил для перехвата, предотвращения либо смягчения последствий любого известного или предполагаемого акта *Терроризма*.

Общие Условия страхования

Объект страхования

Объектом страхования являются имущественные интересы *Страхователя (Застрахованного лица)*, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью *Застрахованного лица*.

Страховые риски и страховые покрытия

Отражены в соответствующих секциях настоящих Правил (Полисных Условий) страхования и указываются в *Страховом полисе*.

Передача прав и обязательств

Права и обязательства по настоящему *Страховому полису* не могут быть переданы третьим лицам без письменного согласия *Страховщика*.

Изменение степени риска

В период действия *Договора страхования* *Страхователь, Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо)* обязаны незамедлительно сообщать *Страховщику* о ставших им известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных *Страховщику* при заключении *Договора страхования*, включая изменение вида деятельности, приобретение, учреждение компаний или продажу компаний или направлений бизнеса, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Такие изменения покрываются *Страховым полисом* только после получения соответствующего письменного подтверждения от *Страховщика*. При неисполнении *Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованным лицом* предусмотренной обязанности *Страховщик* вправе потребовать расторжения *Договора страхования* и возмещения убытков, причиненных расторжением *Договора*.

Прекращение страхового покрытия

Договор страхования прекращает своё действие в следующих случаях:

- при истечении срока действия *Договора страхования*;
- при полном исполнении *Страховщиком* своих обязательств по *Договору страхования*;
- при досрочном полном погашении *Застрахованным лицом* задолженности по кредитному договору
- по требованию *Страховщика*, включая случаи, когда *Страхователь* не выплачивает *Страховую премию* в течение установленного срока и в размере, указанном в *Договоре страхования*;
- по требованию *Страхователя*;
- в случае ликвидации *Страховщика* в соответствии с процедурой, оговоренной действующим законодательством;
- в случае ликвидации *Страхователя*, являющегося юридическим лицом, если *Застрахованное лицо* не принимает на себя обязательства *Страхователя* о выплате страховой премии;
- по договорённости *Страховщика* и *Страхователя*;
- при признании недействительности *Договора страхования* в судебном порядке;
- при прекращении существования вероятности возникновения *Страхового случая* и реального *Страхового риска* в связи с обстоятельствами, не являющимися *Страховым случаем*. При подобных обстоятельствах *Страхователю* не возвращается оплаченная *Страховая премия*, если иное не согласовано в *Договоре страхования*.

Если иное не предусмотрено *Договором страхования* *Страховщик* вправе отказаться от исполнения *Договора страхования* в отношении подключения к страхованию новых *Застрахованных лиц* (подписания *Дополнительных соглашений*). *Страховщик* вправе принять решение об одностороннем отказе от *Договора* на конец каждого календарного квартала при условии предварительного письменного уведомления *Страхователя* не позднее чем за 3 (три) месяца.

Если иное не предусмотрено *Договором страхования Страховщик* вправе отказаться от исполнения *Договора страхования*, заключенного с юридическим лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность в одностороннем порядке (прекратить действие Договора в одностороннем порядке) согласно ст. 310 ГК РФ, при условии предварительного уведомления Страхователя не менее чем за 30 календарных дней до даты такого прекращения. В случае одностороннего отказа *Страховщика* от исполнения Договора *страхования*, страхование, обусловленное *Договором страхования* прекращается в отношении всех *Застрахованных* по такому Договору страхования *лиц*.

Защита персональных данных

Страхователь, заключая и подписывая *Договор страхования*:

- 1) подтверждает, что он получил письменные согласия всех *Застрахованных лиц/Выгодоприобретателей* на обработку, хранение и передачу *Страховщику* всех Персональных данных, как они определены как они определены в Федеральном Законе Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ “О защите персональных данных” и любых изменениях к нему) в соответствии с Formой 2 (Приложение №8); Обязуется в пятидневный срок от даты письменного требования *Страховщика* предоставить копии письменных согласий *Застрахованных лиц/Выгодоприобретателей*;
- 2) подтверждает далее, что он, *Страхователь*, будет уведомлять *Страховщика* о любом случае отзыва (отмены) согласия.

Нарушение условий договора страхования

Нарушения *Страхователем* или *Застрахованным лицом* своих обязательств по договору могут повлиять на обязанность осуществления страховой выплаты *Выгодоприобретателю*.

Мошенничество/предоставление заведомо ложных сведений

В целях настоящих Правил страхования под мошенничеством понимается - предоставление недостоверной, неполной или ложной информации. При мошенничестве со стороны *Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя* выплата по договору страхования не осуществляется независимо от того, кем были представлены недостоверные, неполные или ложные сведения. В случае предоставления заведомо ложных сведений *Страховщик* вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

Страховая премия

Страхователь обязан уплачивать *страховую премию*, указанную в *Страховом Полисе*, не позднее срока уплаты *Страховой премии*, указанной в *Страховом Полисе*, если иное не согласовано *Страхователем* и *Страховщиком* письменно. Если *премия* или первый страховой взнос не были оплачены в *Срок уплаты страховой премии*, *Страховщик* вправе досрочно прекратить данный *Договор страхования* и *Страховщик* не будет нести обязательств по страховым требованиям, заявленным до такого аннулирования.

Применимое право и юрисдикция

Настоящий *Страховой полис* регулируется законодательством Российской Федерации, и любые споры, возникающие при толковании его положений подпадают, под юрисдикцию исключительно компетентных судов Российской Федерации.

Уведомления

Уведомления от *Страхователя* или *Застрахованного лица* по настоящему *Страховому полису* должны быть направлены по следующему адресу, если иное не согласовано в письменной форме со *Страховщиком*:

Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис»
Россия 125 009 Москва,
Ул. Тверская, 16, стр. 1

Требования третьих лиц

Только *Страхователь* или *Выгодоприобретатель* имеют право предъявлять требования о выплате по настоящему Страховому полису.

Разумная заботливость

Страхователь и каждое *Застрахованное лицо* обязаны предпринимать все возможные меры для предотвращения и/или минимизации любого вреда.

Недостоверная информация

В случае предоставления *Страховщику* заведомо ложных сведений (заведомо недостоверной и/или неполной информации), *Страховщик* имеет право в одностороннем порядке аннулировать настоящий Страховой полис, письменно уведомив об этом *Страхователя*.

Общие условия осуществления страховой выплаты

Документы, подтверждающие наступление страхового случая

Страхователь, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель обязаны за свой счет предоставить все документы, подтверждающие наступление страхового случая. Документы должны быть составлены и представлены в соответствии с требованиями Страховщика и могут включать:

- Заявление о страховом случае по установленной Страховщиком форме;
- медицинская справка с указанием характера и тяжести причиненных телесных повреждений либо болезней, устанавливающая точный диагноз;
- в случае наступления *Инвалидности* – справка Медико-Социальной Экспертизы (МСЭ), где указана группа инвалидности; Индивидуальная программа реабилитации инвалида, указывающую степень ограничения трудоспособности, и все медицинские справки и направления, которые были приложены к заявлению на инвалидность в МСЭ и к заявлению на Индивидуальную программу реабилитации инвалида;
- в случае смерти:
 - свидетельство о смерти (или его заверенную копию), а также документы, удостоверяющие личность всех *Выгодоприобретателей*);
 - Протокол патологоанатомического исследования (или его заверенную копию); Если вскрытие не проводилось, предоставляется копия заявления семьи на отказ от проведения патологоанатомического исследования, а также копия справки, выданной моргом, на основании которой выдаётся свидетельство о смерти. В силу определённых обстоятельств Страховщик имеет право требовать проведение патологоанатомического исследования до или после похорон в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
 - Медицинское свидетельство о смерти (или его заверенная копия), указывающее причину наступления смерти;
 - Если специально запрашивается Страховщиком – медицинские справки, описывающие характер и тяжесть всех болезней, вызвавших наступление смерти, и их точный диагноз.
 - документы органов МВД, других государственных органов, если таковые имеются;
 - В случае *Потери работы*:
 - уведомление работодателя об увольнении Застрахованного лица, включая дату уведомления, причину и официальную дату увольнения с отметкой Застрахованного о его получении;
 - копия трудового договора;
 - оригинал или нотариально заверенная копия трудовой книжки, с записью, подтверждающей увольнение Застрахованного лица;
 - оригинал справки о доходах за последние 3 месяца до даты увольнения по форме 2-НДФЛ;
 - документы, подтверждающие сумму задолженности Застрахованного лица перед Страхователем, а также график выплат (копия кредитного договора или выписка по кредитной карте).
 - справка из государственной службы занятости населения с подтверждением, что Застрахованное лицо зарегистрировано в качестве безработного, а также доказательство получения государственного пособия по безработице.

Если Застрахованное лицо не может трудоустроиться в течение более 2 месяцев, ему необходимо предоставлять последние 2 документа ежемесячно до того момента, пока он не трудоустроится или пока не будут прекращены выплаты.

Страховщик имеет право запросить иные документы, в той мере, в какой они необходимы для принятия решения о страховой выплате.

Уведомление о страховом событии

Страхователь, Застрахованное лицо или *Выгодоприобретатель* обязаны незамедлительно письменно уведомить *Страховщика* о страховом событии, имеющем признаки страхового случая, но не позднее, чем в течение 30 дней от даты его возникновения.

Медицинский осмотр

Страховщик имеет право потребовать прохождения *Застрахованным лицом* медицинского осмотра в связи с любой заявленной страховой претензией. Медицинский осмотр производится за счет *Страховщика*.

Принятие решения о выплате

На основании представленных документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате *Страховщик* составляет Страховой акт. Страховая выплата производится в 10-дневный срок со дня подписания *Страховщиком* Страхового акта.

Общие исключения из страхового покрытия и (или) основания освобождения Страховщика от обязанности произвести страховую выплату

Страховщик не осуществляет выплаты по событиям, возникшим в прямом или косвенном результате или произошедшие по причине или связанные с:

Основания освобождения от обязанностей по осуществлению страховой выплаты:

1. Ионизирующим излучением или заражением радиоактивными элементами в результате взаимодействия с радиоактивными материалами или любыми радиоактивными отходами, полученными в результате сгорания радиоактивного топлива, если иное не согласовано в письменной форме со *Страховщиком*;
2. Радиоактивным ядовитым взрывчатым или другим вредным свойством любого ядерного взрывчатого вещества или его ядерного компонента, если иное не согласовано в письменной форме со *Страховщиком*;
3. Распространением, применением или выбросом патогенных или ядовитых биологических или химических материалов, если иное не согласовано в письменной форме со *Страховщиком*;
4. *Войной* (объявленной или нет), если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
5. *Терроризмом*, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
6. Умышленным нанесением себе телесных повреждений; умышленными действиями *Страхователя*, *Застрахованного лица* или *Выгодоприобретателя*, которые вызывают возникновение *Болезни*; преступными действиями или попытками совершить преступные действия;
7. Самоубийством или попыткой самоубийства в случае, если договор страхования действует менее 2 (двух) лет в отношении *Застрахованного лица*;
8. Совершением авиаперелета, за исключением в качестве коммерческого пассажира *Полета по опубликованному расписанию* или чартерного авиаперелета, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
9. *Несчастным случаем*, на происхождение которого повлияло употребление *Застрахованным лицом* алкоголесодержащих и/или наркотических веществ или медицинских препаратов, не прописанных квалифицированным врачом, и/или когда прописанные медицинские препараты не принимались в соответствии с инструкцией производителя, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
10. Заболеваниями СПИДом или ВИЧ – или в присутствии СПИДа или ВИЧ, или любым заболеванием, передающимся половым путем;
11. *Профессиональным* или *полупрофессиональным спортом* или активным занятием *Застрахованным лицом* опасными видами спорта, включая прыжки с парашютом, планеризм, дельтапланеризм, парасэйлинг, катание на горных лыжах вне предусмотренных для этого трасс, спелеология и прыжки на эластичном канате, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
12. Нахождением *Застрахованного лица* в составе или прохождением обучения в милиции, полиции, в любой военной или полувойснной организации, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме;
13. *Любым Телесным повреждением*, которое существовало до начала *Срока страхования* или *Болезнью*, в связи с которой *Застрахованному лицу* было рекомендовано лечение, или *Застрахованное Лицо* получало или должно было получать лечение до начала *Срока страхования* в отношении данного *Застрахованного лица*.
14. Беременностью или родами, абортom или выкидышем, или осложнениями, связанными с перечисленными случаями
15. Любыми психическими, умственными или нервными расстройствами (заболеваниями) *Застрахованного Лица*.

Разрешение споров

Страховщик обязуется приложить все усилия для того, чтобы обеспечить *Страхователю* и *Застрахованному лицу* необходимый уровень обслуживания. Если у *Страхователя* или *Застрахованного лица* появятся претензии к качеству обслуживания, им необходимо обратиться в:

Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис»

Россия 125 009 Москва

Ул. Тверская, 16, стр. 1

Страховщик обязуется приложить все усилия для разрешения любых споров напрямую со *Страхователем* или *Застрахованным лицом*. При не достижении согласия *Страхователь* или *Застрахованное лицо* имеют право обратиться в компетентный суд.

Секция А – Смерть и Инвалидность в результате несчастных случаев или болезней

Страховые риски, страховые случаи, структура выплаты

Секция А1 – Смерть

В случае смерти *Застрахованного лица* в течение *Срока страхования* в результате *Несчастливого случая* или *Болезни* *Страховщик* осуществит страховую выплату *Выгодоприобретателю* в соответствии со строкой А1 *Страхового полиса* при выполнении нижеследующих условий.

В случае пропажи *Застрахованного лица* без вести и признания *Застрахованного лица* умершим компетентным судом, *Страховщик* производит страховую выплату в соответствии с условиями *Страхового полиса* при условии, что *Выгодоприобретатель* даст письменное согласие на то, что в случае обнаружения, что *Застрахованное лицо* еще живо, *Страховщик* имеет право потребовать возврата сумм, а *Выгодоприобретатель* обязан вернуть выплаченных ранее в связи с признанием *Застрахованного лица* умершим.

Секция А2 - Инвалидность

В случае, если *Застрахованное лицо* получит *Инвалидность* в результате Телесного повреждения в течение 12 месяцев с даты получения *Телесных повреждений*, или если *Застрахованное лицо* получит *Инвалидность* в результате *Болезни* в течение *Срока страхования*, *Страховщик* осуществит страховую выплату *Выгодоприобретателю* в соответствии со строкой А2 *Страхового полиса*.

Определения, применимые к Инвалидности

Инвалидность

Ущерб здоровью *Застрахованного Лица* с постоянной дисфункцией тела или его части, ведущий к полной или частичной утрате общей трудоспособности, и

Признание *Инвалидности* группы 1, 2 или 3 соответствующим государственным медицинским или социальным экспертным комитетом в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 07.04.2008 N 247, от 30.12.2009 N 1121), и

Соответствие условиям, указанным ниже для каждой Группы Инвалидности и степени ограничения трудоспособности.

1-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно к любому оплачиваемому труду; и

Застрахованное Лицо требует постоянного ухода, который предположительно будет длиться до конца жизни *Застрахованного лица*.

2-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно продолжать свою обычную работу на том же уровне.

Застрахованное Лицо требует ухода (не постоянного), который предположительно будет длиться до конца жизни *Застрахованного лица*.

3-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно продолжать свою обычную работу на том же уровне.

Секция А3 - Временная полная потеря трудоспособности в результате несчастных случаев

Если *Застрахованное лицо* получит *Телесные повреждения*, которые станут прямой и единственной причиной *Временной полной потери трудоспособности*, *Страховщик* осуществит *Выгодоприобретателю* страховую выплату, указанную в *Страховом полисе*, в соответствии с условиями, указанными ниже.

Выплаты в связи с *Временной полной потерей трудоспособности* прекращаются по окончании временной трудоспособности или при выплате по *Инвалидности* или по окончании Срока страховой выплаты, указанного в *Страховом полисе* в зависимости от того, какое из данных событий произойдет раньше.

Определения, применимые к Секции А3

Временная полная потеря трудоспособности

Временная неспособность *Застрахованного лица* к оплачиваемому труду в течение определенного времени. Страховая выплата производится в размере, указанном в *Страховом полисе* по истечении соответствующего *Периода ожидания*. Выплаты осуществляются только при представлении больничного листа, выписанного *Врачом*.

В случае возникновения споров касательно даты прекращения *Временной полной потери трудоспособности*, такая дата определяется на основании отчета *Врача*, назначенного *Страховщиком*.

Условия, применимые к Секции А

Страховая сумма:

В случае, если *Несчастный случай* или *Болезнь*, приведшие к *Инвалидности*, повлекли также смерть *Застрахованного лица*, общий размер страховой выплаты по Секции А1 будет осуществлен за вычетом страховых выплат по Секции А2 - *Инвалидность*, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме.

Условие приемлемости риска:

Данная Секция не распространяется на лиц, которые до начала *Срока страхования* имели *Инвалидность* групп 1, 2 или 3 или *Детскую инвалидность*; лиц, у которых до начала *Срока страхования* были диагностированы СПИД, ВИЧ, рак, сердечнососудистое заболевание (инфаркт, стенокардия, артериальная гипертензия), диабет, паралич, туберкулёз, язва желудка, заболевания лёгких, мозга, печени, желудка или почек, и которые проходили лечение в связи с вышеуказанными заболеваниями; а также лиц, зарегистрированных в наркологическом или психоневрологическом диспансере. Договор страхования и предусмотренное им страховое покрытие не распространяются на лиц, указанных в настоящем пункте. В случае, если указанные лица будут включены в список *Застрахованных лиц*, у *Страховщика* не возникает обязательств по осуществлению им страховой выплаты, а события, произошедшие с такими лицами, не являются страховыми случаями.

Условия страхования и Предоставление информации:

Руководствуясь принципами страхования *Страховщика*, а также исходя из возраста, состояния здоровья и страховой суммы *Застрахованного лица* *Страховщик* вправе требовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и/или прохождения медицинского освидетельствования и/или заполнения анкеты о финансовом положении некоторыми *Застрахованными лицами*. Медицинское освидетельствование проводится за счет *Страховщика* в медицинском учреждении, указанном *Страховщиком*.

На основании сведений о состоянии здоровья и о финансовом положении *Застрахованных Лиц* *Страховщик*

может увеличить размер страховой премии данным *Застрахованным Лицам* или отказать в предоставлении страхового покрытия по Секциям А1 и/или А2 и/или А3 *Страхового полиса*. В случае, если предоставление данного страхового покрытия в отношении определенного *Застрахованного Лица* отклонено Страховщиком или же *Страхователь* решает не платить увеличенный размер страховой премии и оставить определенного *Застрахованного Лица* без страхового покрытия по данной Секции, страховая премия за данного *Застрахованного Лица* подлежит возврату *Страхователю*, за минусом расходов, понесенных *Страховщиком* на проведение медицинского освидетельствования.

Информация, которая поступила к *Страховщику* в отношении данного договора, является конфиденциальной. Однако *Страховщик* имеет право передавать данную информацию перестраховщику и/или состраховщику, которые перестраховывают или производят совместное страхование рисков по данной Секции.

В случае, если возраст *Застрахованного* лица был заявлен неверно, *Страховая сумма* по данному *Застрахованному лицу* будет изменена на сумму, соответствующую правильному возрасту и уплаченной премии. В случае, если возраст *Застрахованного* лица был заявлен неверно и, если выяснится, что *Страховщик* не смог бы взять на страхование *Застрахованное лицо* при его истинном возрасте, *Договор страхования* в части Секции А будет признан недействительным в отношении данного *Застрахованного лица* с начала действия *Договора страхования*, и страховая премия в части Секции А будет возвращена *Страхователю* за вычетом расходов на медицинское освидетельствование.

В случае, если информация, которая поступила к *Страховщику* в любое время до или в течение *Срока страхования*, является недостоверной, неполной или существенно неправильной в такой мере, что это бы повлияло на решение *Страховщика* предоставить страховое покрытие в отношении определенного *Застрахованного лица*, *Страховщик* будет иметь право по своему собственному усмотрению прекратить действие страхового покрытия по данной Секции с начала действия *Договора страхования* в отношении данного *Застрахованного лица*. Страховая премия по данному *Застрахованному лицу* в части Секции А будет возвращена *Страхователю* за вычетом расходов на медицинское освидетельствование.

Секция В – Смерть и инвалидность в результате несчастных случаев

Страховые риски, страховые случаи, структура выплаты

Секция Б1 – Смерть

В случае, если *Застрахованное лицо* получит *Телесные повреждения*, которые станут прямой и единственной причиной наступления смерти *Застрахованного лица* в течение 1 (одного) года с даты получения *Телесных повреждений*, *Страховщик* осуществит страховую выплату *Выгодоприобретателю* в соответствии со строкой Б1 *Страхового полиса*, при выполнении нижеследующих условий.

В случае пропажи *Застрахованного лица* без вести и признания *Застрахованного лица* умершим компетентным судом, *Страховщик* производит страховую выплату в соответствии с условиями *Страхового полиса* при условии, что *Выгодоприобретатель* даст письменное согласие на то, что в случае обнаружения, что *Застрахованное лицо* еще живо, *Страховщик* имеет право потребовать возврата сумм, а *Выгодоприобретатель* обязан вернуть выплаченных ранее в связи с признанием *Застрахованного лица* умершим.

Секция Б2 - Инвалидность

В случае, если *Застрахованное лицо* получит *Инвалидность* в результате *Телесного повреждения* в течение 1 года с даты получения *Телесного повреждения*, *Страховщик* осуществит *Выгодоприобретателю* страховую выплату в размере, указанном в строке Б2 *Страхового полиса*.

Определения, применимые к Инвалидности

Инвалидность

Ущерб здоровью *Застрахованного Лица* с постоянной дисфункцией тела или его части, ведущий к полной или частичной утрате общей трудоспособности, и

Признание *Инвалидности* группы 1, 2 или 3 соответствующим государственным медицинским или социальным экспертным комитетом в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 07.04.2008 N 247, от 30.12.2009 N 1121), и

Соответствие условиям, указанным ниже для каждой Группы *Инвалидности* и степени ограничения трудоспособности.

1-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно к любому оплачиваемому труду; и

Застрахованное Лицо требует постоянного ухода, который предположительно будет длиться до конца жизни *Застрахованного лица*.

2-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно продолжать свою обычную работу на том же уровне.

Застрахованное Лицо требует ухода (не постоянного), который предположительно будет длиться до конца жизни *Застрахованного лица*.

3-я группа инвалидности

Застрахованное Лицо неспособно продолжать свою обычную работу на том же уровне.

Секция Б3 - Временная полная потеря трудоспособности в результате несчастных случаев

Если *Застрахованное лицо* получит *Телесные повреждения*, которые станут прямой и единственной причиной *Временной полной потери трудоспособности*, *Страховщик* осуществит *Выгодоприобретателю* страховую выплату, указанную в *Страховом полисе*, в соответствии с условиями, указанными ниже.

Выплаты в связи с *Временной полной потерей трудоспособности* прекращаются по окончании временной нетрудоспособности или при выплате по *Инвалидности* или по окончании Срока страховой выплаты, указанного в *Страховом полисе* в зависимости от того, какое из данных событий произойдет раньше.

Определения, применимые к Секции Б3

Временная полная потеря трудоспособности

Временная неспособность *Застрахованного лица* к оплачиваемому труду в течение определенного времени. Страховая выплата производится в размере, указанном в *Страховом полисе* по истечении соответствующего *Периода ожидания*. Выплаты осуществляются только при представлении больничного листа, выписанного *Врачом*.

В случае возникновения споров касательно даты прекращения *Временной полной потери трудоспособности*, такая дата определяется на основании отчета *Врача*, назначенного *Страховщиком*.

Период ожидания

Первоначальный период *Временной полной потери трудоспособности*, в течение которого соответствующая выплата не осуществляется.

Условия, применимые к Секции Б

Страховая сумма:

В случае, если *Несчастный случай*, приведший к *Инвалидности*, повлек также смерть *Застрахованного лица*, общий размер страховой выплаты по Секции Б1 будет осуществлен за вычетом страховых выплат по Секции Б2 - *Инвалидность*, если иное не согласовано со *Страховщиком* в письменной форме.

Условия страхования и Предоставление информации:

Руководствуясь принципами страхования *Страховщика*, а также исходя из возраста, состояния здоровья и страховой суммы *Застрахованного лица* *Страховщик* вправе требовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и/или прохождения медицинского освидетельствования и/или заполнения анкеты о финансовом положении некоторыми *Застрахованными лицами*. Медицинское освидетельствование проводится за счет *Страховщика* в медицинском учреждении, указанном *Страховщиком*.

На основании сведений о состоянии здоровья и о финансовом положении *Застрахованных Лиц* *Страховщик* может увеличить размер страховой премии данным *Застрахованным Лицам* или отказать в предоставлении страхового покрытия по Секциям Б1 и/или Б2 и/или Б3 *Страхового полиса*. В случае, если предоставление данного страхового покрытия в отношении определенного *Застрахованного Лица* отклонено *Страховщиком* или же *Страхователь* решает не платить увеличенный размер страховой премии и оставить определенного *Застрахованного Лица* без страхового покрытия по данной Секции, страховая премия за данного

Застрахованного Лица подлежит возврату *Страхователю*, за минусом расходов, понесенных *Страховщиком* на проведение медицинского освидетельствования.

Информация, которая поступила к *Страховщику* в отношении данного договора, является конфиденциальной. Однако *Страховщик* имеет право передавать данную информацию перестраховщику и/или состраховщику, которые перестраховывают или производят совместное страхование рисков по данной Секции.

В случае, если возраст *Застрахованного* лица был заявлен неверно и, если выяснится, что *Страховщик* не смог бы взять на страхование *Застрахованное лицо* при его истинном возрасте, *Договор страхования* в части Секции Б будет признан недействительным в отношении данного *Застрахованного лица* с начала действия *Договора страхования*, и страховая премия в части Секции Б будет возвращена *Страхователю*.

В случае, если информация, которая поступила к *Страховщику* в любое время до или в течение *Срока страхования*, является недостоверной, неполной или существенно неправильной в такой мере, что это бы повлияло на решение *Страховщика* предоставить страховое покрытие в отношении определенного *Застрахованного лица*, *Страховщик* будет иметь право по своему собственному усмотрению прекратить действие страхового покрытия по данной Секции с начала действия *Договора страхования* в отношении данного *Застрахованного лица*. Страховая премия по данному *Застрахованному лицу* в части Секции Б будет возвращена *Страхователю*.

Секция С – Вынужденная потеря работы

Страховые риски, страховые случаи, порядок выплат

Если в течение *Срока страхования* *Застрахованное лицо* становится *Безработным* не по своей вине или своему желанию и теряет постоянный доход (заработную плату), необходимый для исполнения действующих обязательств *Застрахованного* по кредитным договорам, *Страховщик* выплачивает *Выгодоприобретателю* страховое возмещение, указанное в Пункте С *Страхового полиса* по окончании *Периода ожидания*, указанного в *Страховом полисе*, и при условии соблюдения условий, приведенных ниже.

Определения, применимые к Секции С

Активно занятый на работе

Означает, что *Лицо* не отсутствовало на *Работе* в течение более трех недель подряд за последние три месяца, предшествующие *Дате начала периода страхования* по каким-либо основаниям, кроме установленных законом выходных дней, отпуска по беременности и родам и отпуска отца по уходу за ребенком.

Безработный или Безработица означает:

- 1) Случаи, когда *Застрахованное лицо* полностью лишается *Работы* вследствие прекращения Работодателем трудового договора, заключенного с *Застрахованным* лицом при условии, что *Застрахованное лицо* проработало по трудовому договору на условиях полной занятости в течение не менее 12 месяцев, в связи с:
Ликвидацией или прекращением деятельности организации, с которой *Застрахованным* лицом был заключен трудовой договор;
Сокращением численности или штата работников организации, с которой *Застрахованным* лицом был заключен трудовой договор.
- 2) Случаи, когда *Застрахованное лицо* полностью лишается *Работы* в связи с прекращением трудового договора в связи с восстановлением на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда.

Работа

Выполнение должностных функций по трудовому договору на постоянной основе в течение не менее 40 часов в неделю на протяжении не менее 3 месяцев, предшествующих *Дате начала периода страхования* у одного и того же работодателя, когда *Застрахованное лицо* может считаться *Активно занятым на работе*. Понятие *Работы* не включает какие-либо формы индивидуальной трудовой/ предпринимательской деятельности.

Условия, применимые к Секции С

Для получения страховой выплаты *Застрахованное лицо* должно зарегистрироваться в государственной службе занятости населения в качестве безработного, отвечать требованиям для получения государственного пособия по безработице и получать пособие по безработице.

Страховые выплаты осуществляются ежемесячно за каждый полный месяц с даты истечения указанного в Полисе Периода отсрочки выплаты после начала *Безработицы* в течение максимального периода времени, указанного в Приложении в качестве *Срока страховых выплат*, либо до того момента, когда *Застрахованное лицо* трудоустроится и/или прекратит получать пособие по безработице, в зависимости от того, какой из сроков наступит раньше.

После получения *Застрахованным лицом* страховых выплат по Секции С в течение *Периода страхования* страхование по данной секции прекращается. *Застрахованное лицо* имеет право на получение страхового возмещения впоследствии, если приобретет статус *Безработного* после трудоустройства и *Работы* в течение 365 дней непрерывно с даты последней страховой выплаты по Секции С, однако за весь *Период страхования* общая продолжительность получения страховых выплат по договору страхования не должна превышать *Срок страховых выплат*, установленный в Договоре страхования.

Если после получения статуса *Безработного* *Застрахованное лицо* желает приступить к выполнению временной работы, которая закончится или должна закончиться меньше, чем через 12 месяцев, *Застрахованное лицо* обязано сообщить об этом *Страховщику*. *Страховщик* не выплачивает страховое возмещение на протяжении периода времени, в течение которого *Застрахованное лицо* выполняет временную работу, и возобновляет выплаты после завершения временной работы. При подсчете максимального Срока страховых выплат *Страховщик* не принимает во внимание период времени, в течение которого *Застрахованное лицо* выполняло временную работу.

Страховое возмещение, выплачиваемое Выгодоприобретателю, не включает уплату неустоек, предусмотренных кредитным договором, в том числе за несвоевременную оплату/неоплату ежемесячного платежа по кредиту или минимального платежа в соответствии с договором на выпуск и обслуживание банковской карты.

Страховые выплаты не осуществляются в размере менее 500 рублей.

Выплаты по *Безработице* прекращаются в случае выплаты страхового возмещения по случаю Смерти (Секции А1 или В1) или Инвалидности (Секции А2 или В2).

Требования, применимые к Секции С

Если *Страховщиком* не оговорено иное в письменной форме, положения настоящей Секции не распространяются на следующих *Застрахованных лиц*:

лица, которым по состоянию на *Дату начала течения периода страхования* не исполнилось 20 лет;

мужчины, которым в течение *Периода страхования* исполнится более чем 60 лет;

женщины, которым в течение *Периода страхования* исполнится более чем 55 лет;

лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и/или зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей;

лица, занятые на работах с неполным рабочим днем сезонных или временных работах;

лица, не обладающие правом на осуществление трудовой деятельности на территории Российской Федерации в течение неограниченного срока;

лица, получившие уведомление об увольнении или сокращении штата до *Даты начала периода страхования*.

Предоставление информации и изменение риска

В момент подачи заявления на страхование по настоящей Секции и в течение *Периода страхования* *Застрахованное лицо* обязано сообщить *Страховщику* обо всех и любых известных ему обстоятельствах, которые имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и/или относятся к значительным изменениям в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора страхования, например, способны увеличить вероятность наступления страхового случая. В том числе, *Застрахованный*, среди прочего, обязан предоставить информацию о возможной ликвидации работодателя, данные о финансовой ситуации или текущем положении работодателя либо о планах по реорганизации предприятия работодателя.

На основании данной информации *Страховщик* вправе потребовать увеличения страховой премии или изменения условий договора страхования (в т.ч. уменьшить страховую сумму), а также отказать в предоставлении страхового покрытия при подаче заявления на страхование.

Если *Страхователь* или *Застрахованное лицо* не согласны на изменение условий или оплату страховой премии в увеличенном размере, *Страховщик* вправе потребовать прекратить договор страхования в отношении *Застрахованного лица*.

Исключения, применимые к Секции С

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- За первые 30 дней *Безработицы Застрахованного лица* (Временная франшиза (Период отсрочки выплаты), если иное не оговорено *Страховщиком* в письменной форме.
 - 1) Если *Застрахованное лицо* становится *Безработным* в течение *Периода ожидания*, вступившего в действие после *Даты начала действия страхования*, если иное не предусмотрено договором.
 - 2) Если в *Дату начала действия страхования* *Застрахованное лицо* знало о том, что оно станет *Безработным*, или существовала вероятность такого события.
 - 3) Если *Застрахованное лицо* прекращает трудовой договор по собственной инициативе/ по собственному желанию или в случаях прекращения трудового договора на основании двустороннего соглашения между работодателем и *Застрахованным лицом*.
 - 4) При увольнении по окончании испытательного срока.
 - 5) При увольнении без уведомления.
 - 6) Если *Работа Застрахованного лица* была изменена на работу с неполным рабочим временем (менее 40 часов) или временную работу.
 - 7) Если *Застрахованное лицо* не было *Активно занято на работе* по состоянию на *Дату начала действия страхования*.
 - 8) Если трудовой договор с *Застрахованным лицом* прекращается вследствие неправомерных, недобросовестных действий, непригодности для работы, забастовки, мошенничества или иных аналогичных обстоятельств, которые являются основанием для увольнения работника.
 - 9) Если *Застрахованное лицо* получает заработную плату, выходное пособие при увольнении или иную аналогичную компенсацию в связи с расторжением трудового договора. *Застрахованное лицо* вправе обратиться к *Страховщику* за выплатой после прекращения получения указанных выплат при условии регистрации в качестве безработного и получения пособия по безработице.
 - 10) Если *Застрахованное лицо* не зарегистрировалось в качестве безработного в государственной службе занятости населения и/или не отвечает условиям выплаты государственного пособия по безработице, и/или не получает пособия по безработице.
 - 11) Если в течение периода вынужденной безработицы *Застрахованное лицо* получает денежные пособия, на основании которых оно лишается права на получение государственного пособия по безработице (например,

пособие по инвалидности, материальная помощь, пособие в связи с рождением ребенка, пособие по беременности, пенсия по старости).

**к Правилам (полисным условиям) добровольного страхования
физических лиц от несчастных случаев и болезней
и на случай потери работы**

ТАБЛИЦА БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ (ТАРИФНЫХ СТАВОК)

(в % к страховой сумме в год)

Условия страхования (страховые риски)	Размер страхового тарифа
Секция – А: Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев и Болезней	
A1 Смерть	0,290
A2 1-я и 2-я группы инвалидности с третьей степенью ограничения трудоспособности	0,109
A2 1-я и 2-я группы инвалидности	0,145
A3 Временная полная потеря трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая Срок страховой выплаты 90 дней	63
A3 Временная полная потеря трудоспособности в результате несчастного случая Срок страховой выплаты 120 дней	65
Секция – Б: Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев	
B1 Смерть	0,091
B2 1-я и 2-я группы инвалидности с третьей степенью ограничения трудоспособности	0,022
B2 1-я и 2-я группы инвалидности	0,029
B3 Временная полная потеря трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая Срок страховой выплаты 90 дней	63

Условия страхования (страховые риски)	Размер страхового тарифа
Б3 Временная полная потеря трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая Срок страховой выплаты 120 дней	65
Секция С: Вынужденная потеря работы	
Срок страховых выплат 4 месяца	2,48
Срок страховых выплат 6 месяцев	2,32
Срок страховых выплат 12 месяцев	2,07

Базовые страховые тарифы рассчитаны для срока страхования 1 (один) год, при заключении договора страхования на срок иной, чем 1 (один) год страховая премия определяется исходя из размера годового страхового тарифа пропорционально сроку страхования, при этом неполный месяц принимается за полный.

Применение поправочных коэффициентов:

1. Страховщик имеет право применять к рассчитанным выше базовым страховым тарифам повышающие от 1,01 до 10,0 и понижающие от 0,9 до 0,1 коэффициенты в зависимости от состояния здоровья, рода деятельности и условиях работы Застрахованного лица и иных факторов, указанных в заявлении на страхование, договоре страхования и имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

2. Для применения поправочных коэффициентов в зависимости от рода деятельности и условий работы Застрахованного лица Страховщик применяет следующую Таблицу классификации категорий Застрахованных лиц по профессиям (родам деятельности):

Категория	Описание профессии	Поправочный коэффициент
I категория	<u>Профессии, минимально подверженные риску несчастного случая:</u> Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне) или регулярными командировками. Профессии, связанные с использованием приборов и аппаратных средств, не представляющих повышенной опасности (фотографы в студиях, программисты, телефонные операторы) Преподаватели, воспитатели, врачи. Лица, временно или постоянно не работающие: домохозяйки, пенсионеры, учащиеся.	0,1-0,5
II категория	<u>Профессии с малым риском несчастного случая.</u> Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне),	1,01-1,5

	регулярно совершающие командировки (в зависимости от частоты и географии поездок ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования). Профессии, связанные с использованием лёгкого ручного труда или преимущественным пребыванием вне помещения. Водители автотранспорта, машинисты поездов.	
III категория	<u>Профессии со средним риском несчастного случая.</u> Профессии, непосредственно связанные с процессом производства, использованием машин и механизмов, поднятием тяжестей, Строители, электрики, крановщики. Монтажники, работающие на высоте от 5 метров	1,5-2,5
IV категория	<u>Профессии с повышенным риском несчастного случая.</u> Профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях, использованием опасных механизмов. Управляющие высокого уровня (ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования с учётом особенностей). Сотрудники служб безопасности, не носящие оружия.	2,5-3,5
V категория	<u>Профессии с высоким риском несчастного случая.</u> Лица, работающие в особо неблагоприятных или опасных условиях (под землёй, на высоте от 15 метров, в плавильных цехах). Сотрудники органов внутренних дел, налоговой полиции. Сотрудники служб безопасности, носящие оружие.	4,0-5,0

В случае, если принимаемое на страхование лицо имеет несколько профессий, для определения страховой премии берется профессия, имеющая большую степень риска.

3. Для применения поправочных коэффициентов в зависимости от иных факторов риска применяется следующая таблица:

Наименование фактора	Понижающий поправочный коэффициент	Повышающий поправочный коэффициент
1. Состояние здоровья:		
1.1. Хорошее (отсутствие хронических заболеваний, генетических нарушений/заболеваний или врожденных аномалий/ отсутствие обращений к врачу/ отсутствие лечения в стационаре в течение последних пяти лет)	0,5-1,0	-
1.2. Среднее (отсутствие хронических заболеваний, генетических нарушений/ заболеваний или врожденных аномалий/ не более одного обращения к врачу/ отсутствие лечения в стационаре в течение последних трех лет)	-	1,1-1,75
1.3. Ниже среднего (наличие хронических	-	1,75-2,5

заболеваний /наличие более одного обращения к врачу и/или лечение в стационаре в течение последних трех лет)		
2. История страхования за прошлые страховые периоды:		
2.1. Отсутствие требований о страховой выплате в течение последних трех лет страхования	0,7-1,0	-
2.2. Наличие одного требования о страховой выплате в течение последних трех лет страхования	-	1,25
2.3. Наличие более одного требования о страховой выплате в течение последних трех лет страхования	-	1,5-2,0
3. Стаж работы Застрахованного	0,5-1,0	1,0-3,0
4. Периодичность смены места трудовой деятельности Застрахованного	0,5-1,0	1,0-5,0
5. Уменьшение объема исключений из страхового покрытия и (или) оснований освобождения страховщика от выплаты страховой суммы		1,01 – 2,5
6. Прочие факторы риска, указанные в заявлении на страхование, договоре страхования и влияющие на степень страхового риска	0,4-0,9	1,01- 5,0

4. В случае применения нескольких поправочных коэффициентов при наличии комплекса факторов, отражающих степень риска, совокупный показатель применяемых поправочных коэффициентов не может быть выше предельных значений, указанных в пункте 1 раздела «Применение поправочных коэффициентов».

Приложение 2

к Правилам (полисным условиям) добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней и на случай потери работы

ОБРАЗЕЦ СТРАХОВОГО ПОЛИСА

При условии того, что премия была уплачена надлежащим образом, Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис» предоставляет страховое покрытие, указанное в настоящем Страховом полисе, Приложениях, Дополнениях или Правилах (Полисных условиях) добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней и на случай потери работы от «__» _____ 20__ г. (далее именуемые «Правила страхования») на Срок страхования.

Настоящий Страховой полис вступает в силу с даты его подписания уполномоченным лицом Закрытого акционерного общества «Страховая компания Чартис» и при условии уплаты страховой премии в порядке, в срок и в размере, указанном в настоящем Страховом полисе.

Настоящее страхование предоставляется компанией Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис». Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис» обладает лицензией на право осуществления страховой деятельности, полученной в соответствии с законодательством РФ, и вправе предоставлять страховые услуги по настоящему Страховому полису.

Страховщик:	Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис»
Номер страхового полиса:	
Страхователь:	
Адрес страхователя:	
Застрахованные лица:	
Выгодоприобретатель:	
Срок действия договора страхования:	С: До:
Срок страхования:	
Страховая премия:	
Срок уплаты страховой премии:	

Секция		Страховая сумма
А	Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев или Болезней	
A1	Смерть	
A2	1-я группа инвалидности	
	2-я группа инвалидности	
	3-я группа инвалидности	
A3	Временная полная потеря трудоспособности в результате несчастного случая	
	Срок страховой выплаты	
	Период ожидания	
Б	Смерть и Инвалидность в результате Несчастных случаев	
Б1	Смерть	
Б2	1-я группа инвалидности	
	2-я группа инвалидности	
	3-я группа инвалидности	
Б3	Временная полная потеря трудоспособности в результате несчастного случая	
	Срок страховой выплаты	
	Период ожидания	
С	Вынужденная потеря работы	
	Срок страховых выплат	
	Период ожидания:	
	Период отсрочки выплаты	

Настоящим *Страхователь* подтверждает, что он получил письменные согласия *Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей* на обработку, хранение и передачу *Страховщику* всех персональных данных, как они определены в Федеральном Законе Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ “О персональных данных” и любых изменениях к нему) в соответствии с Формой (Приложение № ____). *Страхователь* обязуется в пятидневный срок с даты письменного требования *Страховщика* предоставить копии письменных согласий *Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей*, а также настоящим подтверждает, что будет уведомлять *Страховщика* о любом случае отзыва (отмены) таких согласий.

Правила страхования (Приложение № __) Страхователем получены, прочитаны и приняты.

КОМПАНИЯ:
БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

КОМПАНИЯ:
БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

Приложение 3

к Правилам (полисным условиям) добровольного страхования
физических лиц от несчастных случаев и болезней
и на случай потери работы

В Закрытое акционерное общество «Страховая компания Чартис»

от _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Почтовый адрес: _____

Место работы: _____

Телефоны: дом. _____ служ. _____
моб. _____

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

Прошу рассмотреть вопрос о возможности страховой выплаты по Договору страхования № _____ от ____/____/____ г.

Застрахованный:

Дата события, имеющего признаки страхового случая: " ____ " _____ 200__ г.

Подробное описание обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая:

Прилагаемые документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Страховую выплату прошу осуществить:

На мой расчетный счет

(банковские реквизиты прилагаются)

Банковские реквизиты:

Наименование банка (и его
отделения):

Адрес и телефон банка:

ИНН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет
банка:

БИК/ОКПО:

Лицевой счет заявителя:

Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять ее в случае необходимости Закрытому акционерному обществу «Страховая компания Чартис».

Это разрешение действительно в течение трех лет, начиная с даты события, имеющего признаки страхового случая. Копия этого разрешения в такой же степени действительна, как и ее оригинал.

Я разрешаю Закрытому акционерному обществу «Страховая компания Чартис» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных с признанием данного случая страховым и определения размера страховой выплаты.

Я соглашаюсь с тем, что недостоверное изложение обстоятельств произошедшего со мной страхового случая и его последствий повлечет за собой отказ в страховой выплате.

Настоящим я выражаю Закрытому акционерному обществу «Страховая компания Чартис», 125009, Москва, ул. Тверская, 16, стр. 1 (далее - Страховщик) свое безусловное и неограниченное во времени согласие на обработку (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, для целей исполнения договора страхования (урегулирования убытков, принятия решений или совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц, предоставления мне информации о действиях Страховщика, пр.). На основании настоящего согласия, для достижения указанных выше целей, Страховщик вправе **осуществлять обработку моих персональных данных**, а также их трансграничную передачу. Обработка моих персональных данных может **производиться** автоматизированным, механическим, ручным и любым иным способом по усмотрению Страховщика или задействованных третьих лиц.

- согласие на обработку моих персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации, дополнительно выражаю, ставя отметку в данном поле.

Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления оператору персональных данных не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.

Подпись (расшифровка):

(подпись)

" _____ " _____ 200 ____ г.

**к Правилам (полисным условиям) добровольного страхования
физических лиц от несчастных случаев и болезней
и на случай потери работы**

Образец заявления Застрахованного лица.

« ____ » _____ г.
время _____

(место оформления)

Я, (ФИО) _____, адрес: _____, дата рождения _____, паспорт серия номер _____, кем и когда выдан _____ с целью заключения (указать) с ЗАО «Чартис» Договора страхования, Застрахованным лицом по которому назначаюсь я, страховыми рисками по которому являются :

- 1)
- 2)

настоящим подтверждаю и даю согласие на следующее.

1. Застрахованными лицами могут быть только физические лица в возрасте от 18 до 65 лет. Максимальный возраст Застрахованного лица определяется на дату окончания действия вклада.

Настоящим подтверждаю, что на текущим момент не прохожу службу в вооруженных силах, не занят в авиации, в работах со взрывчатыми веществами, подземных работах, не являюсь водолазом, пожарником, скалолазом, работником ядерной промышленности, нефтяником, охранником и профессиональным спортсменом.

Я даю согласие на получение Страховщиком информации, касающейся моего труда, физического и психического состояния, результатов медицинских консультаций и тестов.

В случае если будет обнаружено, что я сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных выше обстоятельствах, то Договор страхования в отношении меня может быть признан недействительным по требованию одной из сторон Договора страхования.

2. Подписывая настоящее Заявление, я тем самым предоставляю Страховщику (ЗАО «Чартис», Россия, 125009, Москва, Тверская, д. 16, стр. 1) право обрабатывать с использованием автоматизированного и неавтоматизированного способов обработки мои персональные данные, необходимые для целей заключения и осуществления Договора страхования, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных и трансграничную передачу, включая: паспортные данные, почтовый адрес, контактный телефон, а также в целях продвижения мне услуг Банка и его партнеров, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи. Согласие дано на весь срок действия Договора страхования и может быть отозвано Страхователем в любой момент путем направления письменного уведомления в адрес ЗАО «Чартис» не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва.

- согласие на обработку моих персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации, дополнительно выражаю, ставя отметку в данном поле.

Подпись клиента _____

Заявление Застрахованного лица _____ (фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность), оформляемое в рамках Договора (указать) получено _____ (указать наименование подразделения) _____ (указать фамилию, имя, отчество уполномоченного лица) _____ (указать дату и время).

_____ (подпись уполномоченного сотрудника)