



УТВЕРЖДЕНО
приказом №2506/24 от «25» июня 2024 года

Заместитель Генерального директора – директор операционного департамента,
временно исполняющий обязанности генерального директора


/ Д.А. Пьянков/



ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	2
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	7
3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	9
4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	9
5. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	10
6. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ РИСКАМИ, СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ.....	10
7. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА.....	13
8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.....	14
9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	16
10. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	19
11. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА.....	21
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	21
13. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	27
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	31
15. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ.....	32
16. РАССМОТРЕНИЕ ЖАЛОБ.....	33
17. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....	33

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Термины, применяемые в настоящих правилах страхования от критических заболеваний (далее – «**Правила**», «**Правила страхования**») и Договоре страхования, а также их определения приведены в настоящем разделе ниже. Если значение какого-либо термина или определения не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такой термин или определение используется в своем обычном лексическом значении. Если иное не предусмотрено конкретным Договором страхования, следующие термины и понятия будут использоваться в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования в значениях, указанных в данном разделе, вне зависимости от того, написаны они с заглавной или строчной буквы. В конкретном Договоре страхования или группе Договоров страхования могут использоваться определения иных отдельных терминов (понятий), а также вноситься дополнения, уточнения и любые изменения в нижеприведенные определения в той мере, в какой это не противоречит Правилам и действующему законодательству Российской Федерации (далее также – «**РФ**»).

1.1.1. **Страховой случай** – совершившееся в течение Срока страхования и на Территории страхования событие, предусмотренное Договором страхования, в результате наступления которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

1.1.2. **Страховое событие** – событие, обладающее признаками Страхового случая.

1.1.3. **Страховой риск** – предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование по Договору.

1.1.4. **Страховая сумма** – определенная Договором страхования при его заключении, денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер Страховой премии и размер Страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.1.5. **Страховая выплата** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая в сроки и в размере, которые предусмотрены Договором.

Если иное не предусмотрено Договором, Страховщик имеет право заменить Страховую выплату (часть Страховой выплаты) организацией и оплатой Страховщиком, в том числе через Сервисную компанию, оказания Застрахованному медицинских и иных услуг (выполнения работ), предусмотренных Договором, в счет Страховой выплаты.

Если в Договоре или Правилах указано, что Страховщик компенсирует (возмещает) Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) названные в Договоре услуги, включая здесь и далее Медицинскую помощь, работы и товары (Препараты, Протезы и т.д.), убытки и (или) Расходы, или Страховщик оплачивает от имени Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) соответствующие названные в Договоре услуги, Расходы и (или) убытки, или соответствующие услуги, Критические заболевания, убытки или Расходы предусмотрены Договором либо покрываются Договором (страхованием по Договору), или что Страховщик несет ответственность за услуги (организацию оказания услуг), Расходы и (или) убытки, то это всё означает, что Страховщик при наступлении соответствующего Страхового случая по Договору учитывает такие, прямо названные в Договоре Критические заболевания, Расходы, убытки и (или) стоимость соответствующих названных услуг (с учетом и при условии соблюдения иных положений Договора, в том числе иных положений Правил) при признании (непризнании) события Страховым случаем и расчете размера Страховой выплаты по Договору (в денежной и (или) натуральной форме).

1.1.6. **Страховой тариф** – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы (Лимита ответственности) с учетом объекта страхования и характера Страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия Франшизы и ее размера.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон Договора страхования (далее – «**Стороны**»).

1.1.7. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер Страховой премии зависит от степени риска и рассчитывается Страховщиком при принятии последнего на страхование на основании актуарно (экономически) обоснованных Страховых тарифов, разработанных Страховщиком в соответствии с методикой расчета Страховых тарифов с учетом статистических данных.

Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан оплатить Страховую премию в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных применимым валютным законодательством или принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

1.1.8. **Страховой взнос** – взнос (платеж) Страховой премии при её уплате в рассрочку.

1.1.9. **Франшиза** – часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) или иному лицу, в том числе интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от Страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования Франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от обязанности по осуществлению Страховой выплаты, если размер убытка не превышает размер Франшизы, однако осуществляет Страховую выплату полностью в случае, если её размер превышает размер Франшизы) и безусловной (размер Страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером Франшизы).

В Договоре страхования также может быть установлена **временная Франшиза** – период времени с момента вступления Договора страхования в силу или иной период, в течение которого могут произойти Страховые события, по которым Страховые выплаты не производятся (Исключение из страхования). Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды Франшизы и даны их понятия.

1.1.10. **Территория страхования** – указанная в Договоре территория, в пределах которой действует страхование по Договору, то есть территория, на которой могут происходить Страховые случаи. Страховщик несет обязанность по осуществлению Страховой выплаты исключительно при наступлении Страхового случая на Территории страхования, а любые события (в том числе Страховые события), имевшие место за пределами Территории страхования, не являются Страховыми случаями, и Страховщик освобождается от обязанности по Страховой выплате (основание для отказа в Страховой выплате).

1.1.10.1. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, Территорией страхования является весь мир, за исключением территорий следующих государств:

а. на территории которых ведутся военные действия, проводятся антитеррористические или военные операции;

б. на территории которых обнаружены и действуют очаги эпидемий;

в. не рекомендованные соответствующими компетентными органами к посещению.

1.1.11. **Срок страхования** – определенный Договором срок, при наступлении Страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат (в течение которого действует страхование, то есть могут наступать Страховые случаи) по Договору; то есть события, имевшие место за пределами Срока страхования, не являются Страховыми случаями, и Страховщик освобождается от обязанности по Страховой выплате (Исключение из страхования и основание для отказа в Страховой выплате).

1.1.12. **Период страхования** – определенный Договором период (периоды), полностью входящий в Срок страхования. Срок страхования по Договору может состоять из одного или нескольких Периодов страхования.

Если прямо не указано иное, признается, что Срок страхования равен Периоду страхования.

1.1.13. **Исключения из страхования, Исключения из перечня страховых событий, Исключения из страхового покрытия**, или **Исключения** – понесенные расходы и убытки, а также любые иные произошедшие события, обстоятельства и факты, не являющиеся как Страховыми случаями, так и причинами наступления Страховых случаев, то есть соответствующие связанные убытки и расходы не входят в Страховую выплату и не учитываются при расчете размера Страховой выплаты; такие расходы, убытки, события, обстоятельства и факты являются основаниями для отказа в Страховой выплате и основаниями освобождения Страховщика от обязанности по осуществлению Страховой выплаты (Страховщик не несет ответственности по Договору).

1.1.14. **Лимит выплат, Лимит ответственности, Лимит возмещения, или Лимит** – установленная Договором страхования максимально возможная сумма Страховой выплаты (суммы Страховых выплат) по отдельным Страховым рискам и (или) по одному или нескольким Страховым случаям, по виду Расходов или медицинских услуг и т.д. Договором могут быть установлены различные Лимиты ответственности.

1.1.15. **Сайт Страховщика** – официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», названный в пункте 1.1.17. Правил. Сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.1.16. **Личный кабинет** – раздел на Сайте Страховщика, который доступен только зарегистрированному пользователю (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) и

администратору Сайта Страховщика, в котором хранятся сведения о пользователе (профиль пользователя) и о его действиях на Сайте Страховщика, а также иные необходимые сведения.

1.1.17. **Страховщик** – Акционерное общество «Страховая компания ГАРДИЯ» (АО «ГАРДИЯ»), ИНН 7710541631, ОГРН 1047796329250, лицензии СЛ № 3947 от 11.01.2023, адрес 125315, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Аэропорт, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3, этаж 11, помещение XVIII, ком. 1, <https://gardia.sk/>, тел. (495) 935 8950.

Контактный адрес электронной почты Страховщика по вопросам признания события Страховым случаем и Страховой выплаты (но с учетом требований п. 3.11. Правил): VZR@gardia.sk и (или) иные адреса, указанные в соответствующем письменном уведомлении Страховщика, полученном Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованным лицом, в том числе по электронной почте.

1.1.18. **Страхователь** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или дееспособное физическое лицо (в том числе индивидуальный предприниматель), заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.1.19. **Застрахованное лицо, или Застрахованный** – физическое лицо, отвечающее требованиям, установленным Договором страхования, и указанное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы застрахованы по Договору.

1.1.20. **Выгодоприобретатель** – лицо, обладающее правом на получение Страховой выплаты по Договору страхования при наступлении Страхового случая.

1.1.21. **Получатель страховых услуг** – дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор страхования (потенциальный Получатель страховой услуги), а также Страхователь, Выгодоприобретатель и Застрахованное лицо по заключенному Договору страхования.

1.1.22. Договор страхования

1.1.22.1. **Договор страхования, или Договор** – договор страхования (сострахования), заключенный Страховщиком и Страхователем на условиях настоящих Правил. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, последние становятся неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом и Страховщиком.

1.1.22.2. Неотъемлемыми частями Договора страхования являются (при условии, что такие документы были подписаны в рамках конкретного Договора):

а. заявление на страхование (заявления о заключении Договора страхования, заявление-анкета, опросник и т.п.),

б. непосредственно сам Договор страхования (основной текст Договора), Страховой полис, Сертификат и т.п.,

в. Правила страхования,

г. Программы страхования,

д. дополнительные соглашения, приложения, акты и иные дополнения к Договору.

1.1.22.3. Указанные в п. 1.1.22.2. Правил документы, кроме названных в его п.п. б и в, не являются обязательными и подписываются (составляются, выпускаются) при необходимости. В состав Договора страхования могут входить иные документы, не названные в п. 1.1.22.2. Правил.

1.1.22.4. Стороны вправе менять состав Договора страхования при условии соответствия таких изменений действующему законодательству Российской Федерации.

1.1.23. **Программа страхования, или Программа** – программы страхования (дополнительные условия, полисные условия, специальные условия страхования и т.п.), разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил страхования и содержащие условия Договора страхования, в том числе существенные его условия. Договор страхования считается заключенным также на условиях, закрепленных в соответствующей Программе страхования, а сама Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования, если в нем прямо указывается на её применение и сама Программа страхования приложена к Договору или вручена Страхователю отдельно.

Программа страхования может содержать в числе прочего положения, уточняющие (изменяющие) порядок расчета размера Страховой выплаты и (или) признания (не признания) события Страховым случаем, дополнительные Исключения из страхования, положения о перечне Критических заболеваний и объеме Медицинской помощи, услуг по Репатриации и (или) Иных услуг, покрываемых Договором страхования, а также порядке их организации, оплаты и (или) оказания. Программа страхования может также содержать конкретный перечень Медицинских организаций, Сервисных компаний, Аптечных организаций, Экспертных организаций и (или) Иных организаций, в которые

Застрахованное лицо в соответствии с условиями Договора страхования может обратиться за получением Медицинской помощи, Препаратов и (или) Иных услуг.

Страховщик имеет право присваивать Программам страхования, любым сочетаниям Программ страхования, а также группам Договоров страхования оригинальные названия (маркетинговые и иные наименования).

1.1.24. **Договор индивидуального страхования** – Договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица.

1.1.25. **Договор коллективного страхования** – Договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц.

1.1.26. **Страховой полис, Полис, Страховое свидетельство, Свидетельство, Сертификат** – документ, подписанный Страховщиком и выдаваемый Страхователю или Застрахованному лицу в подтверждение заключения Договора страхования.

1.1.27. **Расходы** – предусмотренные Договором, непредвиденные, обычные, разумные, необходимые, целесообразные, обоснованные, подтвержденные документами и предварительно согласованные со Страховщиком или Сервисной компанией расходы и издержки Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на Медицинскую помощь, Препараты, Репатриацию и (или) Иные услуги, понесенные в связи с Критическим заболеванием (наступлением Страхового случая).

1.1.28. **Медицинские организации, или Медицинские учреждения** – юридические лица (независимо от организационно-правовой формы), в том числе амбулаторные и стационарные медицинские учреждения, а также физические лица - частнопрактикующие Врачи, осуществляющие в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (разрешения), выданной(го) в порядке, установленном законодательством страны, где они осуществляют медицинскую деятельность, привлекаемые Страховщиком или по его поручению иным лицом, в том числе Сервисной компанией, для оказания Медицинской помощи и (или) Иных услуг Застрахованным лицам.

1.1.29. **Врач** – специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя, действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно законодательству страны, в которой оказывает Медицинскую помощь (осуществляет медицинскую деятельность).

1.1.30. **Фармацевтические организации, или Аптечные организации, или Аптеки** – юридические лица (независимо от организационно-правовой формы) и индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация), получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление фармацевтической деятельности.

1.1.31. **Сервисные компании** – юридические лица (независимо от организационно-правовой формы), которые на основании договора, заключенного со Страховщиком, по поручению последнего обеспечивают круглосуточный прием обращений Застрахованных лиц (Выгодоприобретателей) и организацию оказания им Медицинской помощи, услуг по Репатриации и Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а также оказывающие экспертные, консультационные и иные услуги Страховщику.

1.1.32. **Экспертные организации** – юридические лица (независимо от организационно-правовой формы), индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию (разрешение) на соответствующий вид деятельности, если условием осуществления данного вида деятельности является наличие лицензии (разрешения), оказывающие Страховщику экспертные, консультативные и иные услуги.

1.1.33. **Иные организации** – юридические лица (независимо от организационно-правовой формы), индивидуальные предприниматели, производящие и осуществляющие продажу товаров, выполнение работ и (или) оказание услуг медицинского характера, в том числе (но не ограничиваясь) торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

1.1.34. **Медицинская помощь** – медицинские услуги, в том числе Госпитализация, и (или) Медико-транспортные услуги, которые в соответствии с условиями Договора страхования должны быть организованы и (или) оплачены Страховщиком (Расходы на которые были понесены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) и должны быть возмещены Страховщиком). Медицинская помощь может в том числе включать (включает, если это предусмотрено Договором страхования) соответствующую диагностическую, консультативную, лечебную, и (или) лекарственную помощь и услуги (Препараты), а также проведение профилактических мероприятий, снижающих и (или) устраняющих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз в случае возникновения Критического заболевания, застрахованного по Договору страхования.

1.1.35. **Медико-транспортные услуги** – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям, которые в соответствии с условиями Договора страхования должны быть организованы и (или) оплачены Страховщиком (Расходы на которые были понесены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) и должны быть возмещены Страховщиком).

1.1.36. **Репатриация** – покрываемая страхованием по Договору, то есть подлежащая организации и (или) оплате Страховщиком (Расходы на которую были понесены Выгодоприобретателем и должны быть возмещены Страховщиком) перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не являлось гражданином той страны, в которой произошла смерть в результате Критического заболевания, либо до ближайшего к постоянному месту жительства административного центра, если смерть Застрахованного лица в результате Критического заболевания произошла в стране, гражданином которой он являлся. Данная услуга, если она предусмотрена Договором, включает в себя организацию Репатриации тела, подготовку тела к перевозке, покупку необходимого для перевозки гроба и перевозку останков, но исключительно при наступлении Страхового случая. Услуги по организации похорон и погребению в соответствии с настоящими Правилами (Договором) не возмещаются.

1.1.37. **Иные услуги** – услуги, связанные с организацией и (или) оказанием Медицинской помощи, которые в соответствии с условиями Договора страхования должны быть организованы и (или) оплачены Страховщиком (Расходы на которые были понесены Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) и должны быть возмещены Страховщиком). Иные услуги могут включать (включают, если это предусмотрено Договором страхования): нахождение Сопровождающего лица в Медицинской организации (включая питание и иные связанные сервисные услуги); оформление медицинской документации; информационные и консультационные услуги, связанные с организацией и оказанием Медицинской помощи.

1.1.38. **Заболевание** – любые нарушения состояния здоровья Застрахованного лица, диагностированные и подтвержденные Медицинской организацией. Заболевание включает 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 Заболевание прямо или опосредованно возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее Заболевание, данное (новое) Заболевание будет считаться продолжением предыдущего Заболевания, а не отдельным Заболеванием.

1.1.39. **Критическое заболевание** – предусмотренное Договором страхования Заболевание, нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного лица, а также увеличивающее вероятность наступления его инвалидности и (или) смерти, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение Срока страхования (Периода страхования), подтвержденное по требованию Страховщика Вторым медицинским мнением, выявление которого повлекло необходимость оказания Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) Медицинской помощи (приема Препаратов), услуг по Репатриации и (или) Иных услуг.

Условие о Критическом заболевании является одним из существенных условий Договора страхования. Если условие о Критическом заболевании (Критических заболеваниях) или иное существенное условие не указано в Договоре страхования (не согласовано Сторонами), то такой Договор страхования не считается заключенным.

1.1.40. **Госпитализация** – круглосуточное пребывание Застрахованного лица в Медицинской организации для проведения лечения и (или) наблюдения в связи с Критическим заболеванием.

1.1.41. **Альтернативная медицина** – системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые не считаются частью официальной (классической, конвенциональной, общепринятой) медицины или её методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К Альтернативной медицине относятся в том числе (но не ограничиваясь) следующие методы: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина.

1.1.42. **Сопровождающее лицо** – физическое лицо, сопровождающее Застрахованное лицо к месту оказания Медицинской помощи и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного лица за пределами постоянного места жительства, если Страховой случай наступил за пределами постоянного места жительства Застрахованного лица. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, независимо от того, сколько лиц фактически сопровождает Застрахованное лицо, если Договором страхования прямо не предусмотрено иное.

1.1.43. **Экспериментальный метод лечения** – лечение, процедура, терапевтический курс,

оборудование, медицинский препарат или иное изделие медицинского назначения, которые не были признаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм государственными органами по контролю в сфере здравоохранения или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях (клинических испытаний).

1.1.44. **Препарат** – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые приобретаются только по рецепту Врача и выдаются лицензированной Фармацевтической организацией и которые (понесенные Застрахованным (Выгодоприобретателем) Расходы на которые) в соответствии с условиями Договора страхования должен оплатить (возместить) Страховщик. Рецепт, выданный на Препарат под торговым наименованием, действует в отношении международного непатентованного названия Препарата, содержащего аналогичные компоненты, аналогичной эффективности и с аналогичной дозировкой, как и у патентованного Препарата.

1.1.45. **Протез** – устройство, которое заменяет весь орган или его часть, а также частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

1.1.46. **Предшествующие состояния** – любые заболевания, включая хронические, но не ограничиваясь ими, и (или) иные состояния, которые были диагностированы, лечились или симптомы которых проявились, в том числе зафиксированные в медицинских документах, хотя бы 1 (один) раз в течение 10 (десяти) лет до даты уведомления Страховщика (Сервисной компании) Застрахованным лицом о Страховом событии.

1.1.47. **Второе медицинское мнение** – дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, правильности постановки диагноза и наличия медицинских показаний к проведению лечения, содержащее рекомендации по последующему курсу лечения, подготовленное Врачом или врачебной комиссией, осуществляющими медицинскую деятельность на законных основаниях (в том числе вне территории Российской Федерации). Второе медицинское мнение выдается Врачом (врачебной комиссией) Медицинской организации, выбранной Страховщиком, исходя из характера клинической проблемы (Критического заболевания), материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных возможностей конкретной Медицинской организации. Второе медицинское мнение выдается на основании медицинских документов, подтверждающих установление Застрахованному лицу соответствующего диагноза Критического заболевания.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Выгодоприобретатель и Застрахованное лицо.

2.2. Договор страхования в соответствии со ст.ст. 432, 942 Гражданского кодекса Российской Федерации не является заключенным до момента согласования Сторонами всех существенных условий, в том числе условия хотя бы об одном Застрахованном лице.

2.3. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то Застрахованным лицом является Страхователь - физическое лицо (с учетом требований п.п. 2.4. – 2.6. Правил).

2.4. Лица, попадающие на момент заключения (распространения на них действия) Договора страхования в одну из нижеуказанных категорий, могут быть Застрахованными лицами только при условии предварительного предоставления Страховщику письменного заявления на страхование, в котором отражено отнесение лица к соответствующей нижеуказанной категории (категориям), и медицинской анкеты такого лица:

2.4.1. лица, инфицированные ВИЧ, больные СПИД, лица, состоящие на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;

2.4.2. лица, которым присвоена I или II группа инвалидности;

2.4.3. лица, страдающие лучевой болезнью или ее осложнениями;

2.4.4. лица, больные заболеваниями сердечно-сосудистой системы или перенёсшие их либо связанные с ними операции (вмешательства), включая (но не ограничиваясь) инфаркт миокарда, перенесенное аортокоронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в том числе пороки) клапанов

сердца, шумы в сердце или ревматизм; инсульт, мозговое кровоотечение, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы;

2.4.5. лица, больные онкологическим заболеванием, любым злокачественным или предраковым образованием, папилломой мочевого пузыря, полипозом кишечника, болезнью Крона, Ходжкина, спленомегалией, раком *in situ* и (или) любыми патологическими изменениями органов и тканей (дисплазии), имеющими высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковыми изменениями молочных желез или женских половых органов, простаты; любыми видами опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга, лейкемия (лейкоз) либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 (одного) месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная проницаемость сосудов);

2.4.6. лица, состоящие на учете в кожно-венерологическом диспансере;

2.4.7. лица, находящиеся на стационарном лечении;

2.4.8. лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, состоящие на учете в наркологическом диспансере;

2.4.9. лица со стойкими нервными или психическими расстройствами и (или) состоящего на учете в психоневрологическом диспансере;

2.4.10. лица моложе 1 года или старше 75 лет;

2.4.11. лица, призванные для прохождения (в том числе срочной) военной службы, военных сборов;

2.4.12. лица, находящиеся в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания.

2.5. Страхователь обязан отдельно письменно уведомить Страховщика о намерении застраховать имущественные интересы названных в п. 2.4. Правил лиц (заключить Договор страхования или распространить на них действие Договора страхования).

2.6. Если Страхователь письменно не уведомил Страховщика о наличии у лица, названного в Договоре страхования (приложении к нему) в качестве Застрахованного лица, заболевания, инвалидности, состояния и (или) иного основания для отнесения лица к категории, предусмотренной п. 2.4. настоящих Правил, и (или) не предоставил соответствующее заявление на страхование и медицинскую анкету, то такое лицо не является Застрахованным, условие о Застрахованном лице не является согласованным Сторонами, и Договор индивидуального страхования в соответствии со ст.ст. 432, 942 Гражданского кодекса Российской Федерации является незаключенным полностью, а Договор коллективного страхования – в части такого лица.

2.7. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

2.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

При этом, если Договором страхования не предусмотрено иное, Выгодоприобретателем при организации услуг по Репатриации (возмещении понесенных Расходов на Репатриацию), а также в иных случаях смерти Застрахованного лица являются наследники Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством (пропорционально их наследственным долям) и (или) иное лицо, понесшее соответствующие Расходы, возмещаемые Страховщиком (учитываемые при расчете размера Страховой выплаты) при наступлении Страхового случая.

2.9. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица.

2.10. При условии получения предварительного письменного согласия Застрахованного лица Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика с приложением названного согласия Застрахованного лица. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о Страховой выплате.

2.11. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний до 18 лет, то в качестве получателя Страховой выплаты может выступать только родители, усыновители или попечители.

2.12. Если Выгодоприобретателем является недееспособное или ограниченное в дееспособности лицо, то в качестве получателя Страховой выплаты может выступать только его опекун.

3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3.1. На основании настоящих Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации Страховщик заключает, исполняет, изменяет и прекращает Договоры страхования.

3.2. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с действующим гражданским законодательством Российской Федерации и законодательством Российской Федерации о страховании.

3.3. Стороны вправе при заключении Договора страхования или впоследствии договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и (или) о дополнении положений Правил, закрепив это в тексте Договора страхования, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.

3.4. Условия, содержащиеся в Правилах и (или) Программе страхования и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей, если в Договоре страхования прямо указывается на применение Правил и (или) Программы, и сами Правила и (или) Программа приложены к нему или вручены Страхователю отдельно. Вручение Страхователю Правил при заключении Договора страхования должно быть удостоверено записью в последнем.

3.5. Правила страхования и Программа страхования могут быть:

3.5.1. изложены в приложении к Договору страхования (приложены к Договору как его неотъемлемая часть);

3.5.2. приведены в Договоре страхования в виде ссылки на адрес размещения Правил страхования на Сайте Страховщика (в Личном кабинете или в ином разделе Сайта Страховщика);

3.5.3. направлены Страхователю в виде соответствующего файла с Правилами страхования на указанный Страхователем адрес электронной почты;

3.5.4. вручены Страхователю на электронном носителе информации.

3.6. Договоры страхования заключаются в рамках следующего вида страхования: медицинское страхование.

3.7. При возникновении противоречий между положениями Договора и Правил, положения Договора страхования имеют преимущественную силу, если в Договоре прямо не указано иное.

3.8. При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с Правилами страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Страховщика (в Личном кабинете).

3.9. Размещение документов и информации на Сайте Страховщика не исключает предоставление Получателю страховых услуг указанной информации по его запросу в удобной для него форме.

3.10. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Программы страхования, выписки (выдержки) из Правил страхования и т.п. к отдельному Договору или отдельной группе Договоров страхования. Полисные условия или выписки (выдержки) из Правил страхования прилагаются к Договору страхования или вручаются Страхователю согласно п. 3.5. Правил и являются неотъемлемой частью Договора страхования.

3.11. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику сведения, уведомления и иные документы в следующем порядке.

3.11.1. При предоставлении оригиналов документов на бумажных носителях, нотариально заверенных копий (копий, приравненных к нотариальным), обычных (незаверенных) копий, копий, заверенных Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) документы направляются Почтой России, курьером (нарочным) и (или) предоставляются лично или через уполномоченного представителя.

3.11.2. При предоставлении сведений, электронных документов, обычных (незаверенных) копий, копий, заверенных Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом), документы направляются по электронной почте, через Личный кабинет и (или) систему электронного документооборота, используемую Страховщиком.

4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Объектом страхования по Договору являются соответствующие имущественные интересы Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), связанные с оплатой организации и (или) оказания на

Территории страхования Медицинской помощи, лекарственной помощи (Препаратов), услуг по Репатриации и (или) Иных услуг вследствие впервые диагностированного у Застрахованного лица в течение Срока страхования Критического заболевания, требующего такой организации и (или) такого оказания.

5. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховыми рисками по Договору являются вероятные события, предусмотренные п. 5.2. настоящих Правил, которые могут произойти в течение Срока страхования на Территории страхования.

5.2. Страховым случаем (при условии соблюдения требований и иных положений Договора страхования, в том числе п. 12.5.6. Правил) является обращение Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на Территории страхования в течение Срока страхования (Периода страхования) в связи с возникновением предусмотренного Договором страхования и впервые диагностированного в течение Срока страхования (Периода страхования) Критического заболевания в Медицинскую организацию, Аптечную организацию и (или) Иную организацию, предусмотренную Договором страхования либо согласованную со Страховщиком, за получением соответствующих Медицинской помощи, Препаратов, услуг по Репатриации и (или) Иных услуг, кроме Исключений из страхования.

6. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ РИСКАМИ, СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ

6.1. В любом случае не являются Страховыми случаями, и Страховщик не производит Страховые выплаты по событиям (Исключения из страхования):

6.1.1. не предусмотренным Договором страхования;

6.1.2. являющимся страховыми случаями и (или) подлежащим возмещению в рамках обязательного страхования;

6.1.3. произошедшим вне Срока страхования (Периода страхования);

6.1.4. произошедшим вне Территории страхования;

6.1.5. являющимся Исключением из страхования, предусмотренными Правилами или Договором.

6.2. Если Договором прямо не предусмотрено иное, не являются Страховыми рисками, Страховыми случаями и являются Исключениями из страхования события (расходы, убытки, предметы и услуги и т.д.), произошедшие вследствие или в связи со следующими обстоятельствами (заболеваниями и иными фактами), несмотря на любые другие обстоятельства или события, действующие одновременно, и Страховщик не производит Страховые выплаты (основание для отказа в Страховой выплате):

6.2.1. Заболевание, которое было диагностировано, или лечение которого проводилось, или симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах до даты заключения первого Договора страхования (при непрерывном страховании на протяжении нескольких лет) в отношении данного Застрахованного лица.

6.2.2. Заболевание, которое было диагностировано или лечение которого проводилось непрофильным специалистом.

6.2.3. Заболевание (инфицирование) Застрахованного лица ВИЧ или СПИД или заболевание, являющееся следствием ВИЧ или СПИД.

6.2.4. Участие Застрахованного лица в следственных мероприятиях или нахождения его в следственном изоляторе или в местах лишения свободы.

6.2.5. Совершение Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем противоправных действий или умышленных действий (бездействий), направленных на наступление Страхового случая.

6.2.6. Прохождение Застрахованным лицом военной службы, участие в военных сборах или учениях.

6.2.7. Террористический акт, стихийное бедствие, официально объявленная эпидемия, а также мероприятия и меры по их предотвращению, пресечению (прекращению) и (или) ликвидации их последствий.

6.2.8. Алкоголизм, наркомания, токсикомания и (или) интоксикация, явившаяся прямо или косвенно результатом приема алкоголя или психотропных, наркотических или галлюциногенных веществ.

- 6.2.9. Медицинские и иные услуги, лечение, процедуры, лекарственная помощь (прием Препаратов и иных лекарств), а также расходы и убытки, не предусмотренные Договором страхования.
- 6.2.10. Медицинские и иные услуги, лечение, процедуры, лекарственная помощь (прием Препаратов и иных лекарств), а также расходы и убытки, не назначенные (рекомендованные, согласованные, прописанные) лечащим Врачом и Страховщиком (Сервисной компанией).
- 6.2.11. Медицинские и иные услуги, лечение, процедуры, лекарственная помощь (прием Препаратов и иных лекарств), а также расходы и убытки, оказываемые (принимаемые, осуществляемые, понесенные) без медицинских на то показаний, и (или) которые не являлись обоснованными, необходимыми или разумными с медицинской точки зрения.
- 6.2.12. Любые повторные медицинские и иные услуги, лечение, процедуры и лекарственная помощь, аналогичные оказанным (осуществленным, прописанным) ранее в другой медицинской организации в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов и (или) состояний, кроме случаев, письменно согласованных со Страховщиком (Сервисной компанией).
- 6.2.13. Заболевание (осложнение, состояние и т.д.) и (или) расходы и убытки, возникшие в результате того (или в связи с тем), что Застрахованное лицо не следовало предписанным назначениям (указаниям) Врача, Страховщика, Сервисной компании или Медицинской организации либо не явилось на назначенный ему прием к Врачу.
- 6.2.14. Экспериментальные методы лечения.
- 6.2.15. Пластическая хирургия, операции, прочие медицинская и иные услуги, проводимые (оказываемые) в сугубо эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной (покрываемой страхованием по Договору) операцией, которая была произведена в связи с Критическим заболеванием.
- 6.2.16. Медицинские и иные услуги, лечение, процедуры, лекарственная помощь (прием Препаратов и иных лекарств), которые способствуют зачатию или предотвращают его, аборт, родовспоможение или преждевременное родоразрешение, а также любые связанные расходы и убытки, за исключением случаев, когда Медицинская помощь была оказана по медицинским показаниям, так как здоровью матери и (или) плода угрожала опасность (вследствие Критического заболевания либо внезапных осложнений, угрожающих жизни).
- 6.2.17. Получение (ремонт) очков, контактных линз, слуховых аппаратов, слуховых имплантантов, визуальной терапии и (или) любой осмотр или подбор подобных устройств.
- 6.2.18. Трансплантация и заболевания, при которых показана (необходима) трансплантация органа.
- 6.2.19. Медицинские и иные услуги, лечение, процедуры, лекарственная помощь (прием Препаратов и иных лекарств) в связи с любым заболеванием, вызванным трансплантацией органа или связанным с ним, за исключением случаев, когда Исключение, предусмотренное п. 6.2.18. Правил, не применяется к Договору и данное заболевание прямо отнесено Договором к Критическим заболеваниям.
- 6.2.20. Уход за волосами и лечение выпадения волос, включая парики, пересадку волос и любые лекарственные и иные препараты и услуги, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они Врачом или нет.
- 6.2.21. Содержание и медицинский уход на дому либо получение восстановительно-реабилитационных услуг (прохождение восстановительно-реабилитационной терапии), услуги хосписа либо дома для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения Критического заболевания.
- 6.2.22. Приобретение (покупка, взятие напрокат и т.д.) любого вида Протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, даже если их использование считается необходимым в процессе лечения Критического заболевания, ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением Протезов молочных желез и Протезов клапанов сердца, требующихся в результате хирургической операции, организованной и (или) оплаченной по Договору страхования.
- 6.2.23. Приобретение (покупка, взятие на прокат и т.д.) инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, даже если необходимость в них возникла в связи с Критическим заболеванием.
- 6.2.24. Методы Альтернативной медицины, даже если они специально прописаны Врачом и связаны с (вызваны) Критическим заболеванием.
- 6.2.25. Медицинский уход или обеспечение мер предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от их стадии.

6.2.26. Услуги переводчиков, телефонной связи и иные услуги, не относящихся к медицине или не вызванные Критическим заболеванием.

6.2.27. Услуги, оказываемые Застрахованным лицам, их родственникам или Сопровождающим лицам, а также любые расходы, понесенные ими, за исключением расходов, прямо указанных в Договоре страхования.

6.2.28. Рак кожи, за исключением злокачественных меланом.

6.2.29. Предшествующие состояния, а также вызванные ими или связанные с ними расходы, убытки, медицинские и иные услуги.

6.2.30. Диагнозы (заболевания и состояния), которые были опровергнуты или не были подтверждены Вторым медицинским мнением, запрошенным Страховщиком, а также вызванные ими или связанные с ними расходы, убытки, медицинские и иные услуги.

6.2.31. Любые лекарственные препараты, которые были приобретены у организации, не имеющей лицензии (разрешения) на осуществление фармацевтической (аптечной) деятельности, либо приобретенные без рецепта Врача.

6.2.32. Любые медицинские услуги, оказанные организацией не имеющей лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности, либо оказанные без назначения Врача и согласования Страховщика (Сервисной компании).

6.2.33. Любые расходы и услуги, не являющиеся общепринятыми, разумными, непредвиденными, обычными, необходимыми, целесообразными, обоснованными и (или) не подтвержденные документами.

6.2.34. Любые расходы, связанные с регулярными (неоднократными или частыми) поездками до больницы либо лечащего Врача.

6.2.35. Активный отдых, в том числе занятия следующими видами спорта и иной активности: горные и беговые лыжи, сноуборд, снегоходы, коньки, сани, альпинизм, скалолазание, спелеология, дайвинг, яхтинг, серфинг, рафтинг, любые виды туризма, сафари, катание на животных (в том числе верховая езда, олени и собачьи упряжки), охота; велосипед, футбол, хоккей, баскетбол, волейбол, пляжный волейбол, любые мероприятия с применением моторных машин (авто-, мотоспорт, моторные или водно-моторные виды транспорта, в том числе водные лыжи, буксируемые надувные средства и парашюты), прыжки с парашютом, прыжки с трамплина, любые формы полетов, за исключением полетов в качестве пассажира регулярного авиарейса или лицензированного чартерного рейса, а также любыми видами спорта, связанными с тренировками и участием в соревнованиях.

6.2.36. Осуществление трудовой или иной профессиональной деятельности, связанной с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией, в том числе водители, летчики, моряки, горняки, буровики, строители, сталевары, монтажники.

6.2.37. Моральный вред.

6.2.38. Убытки в виде упущенной выгоды и аналогичные убытки.

6.2.39. Плановые медицинские и иные услуги, в том числе госпитализация.

6.3. Если Договором страхования прямо не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от Страховой выплаты (от обязанности по осуществлению Страховой выплаты), когда Страховой случай наступил вследствие:

6.3.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения или загрязнения;

6.3.2. военных действий, военных операций, а также маневров или иных военных мероприятий;

6.3.3. гражданской войны, бунтов, беспорядков, народных волнений всякого рода или забастовок.

6.4. Не подлежат возмещению Страховщиком (не учитываются при расчете размера Страховой выплаты) расходы и иные убытки, превышающие размер Страховой суммы или применимого Лимита ответственности.

6.5. Договором страхования может быть предусмотрено (в порядке п. 3.3. Правил) неприменение к Договору Исключений, указанных в настоящих Правилах, а также оснований для освобождения Страховщика от обязанности по осуществлению Страховой выплаты в случаях, указанных в настоящих Правилах или законодательстве.

7. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

7.1. Страховая сумма и Лимиты ответственности по Договору страхования устанавливаются по соглашению Сторон в соответствии с положениями настоящих Правил и действующего законодательства, в том числе исходя из предполагаемых объема и стоимости Медицинской помощи, Репатриации, Препаратов, и (или) Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, возраста Застрахованного лица, Территории страхования, Срока страхования и иных факторов, влияющих на Страховой риск.

7.2. Страховая сумма и (или) Лимит ответственности могут устанавливаться в том числе по Программе страхования, по Договору страхования в целом (по всем Страховым случаям суммарно), по Критическому заболеванию, группе Критических заболеваний, по Репатриации, по видам Медицинской помощи, услуг, Препаратов и (или) изделий медицинского назначения, а также их различным комбинациям (группам), по каждому Страховому случаю, по Застрахованному лицу и (или) по любому иному признаку.

7.3. Общая сумма всех Страховых выплат по всем Страховым случаям не может превышать размер Страховой суммы (Лимит выплат), установленный Договором страхования.

7.4. Если размер Расходов и (или) убытков превышает в сумме размер Страховой суммы или применимого Лимита ответственности, то такие Расходы и убытки в части, превышающие размер Страховой суммы (Лимита ответственности), оплачиваются Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) самостоятельно.

7.5. Страховая сумма и Лимиты ответственности по Договору страхования устанавливаются в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования Страховая сумма и Лимиты ответственности могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (страхование в валютном эквиваленте), рассчитываемая, если иное прямо не предусмотрено Договором, в рублях по курсу соответствующей валюты, установленному Банком России на дату уплаты Страховой премии.

7.6. Лимиты ответственности могут устанавливаться по Договору как в качестве самостоятельных Лимитов, так и в качестве Подлимитов к иным Лимитам ответственности (в дополнение к ним).

7.7. Лимит ответственности является частью, а не дополнением к общей Страховой сумме (Подлимит – частью, а не дополнением к соответствующему Лимиту ответственности) по Договору страхования, если последним прямо не предусмотрено иное.

7.8. При упоминании Лимитов в Договоре, если им прямо не предусмотрено иное, Стороны имеют в виду как Лимиты, так и Подлимиты ответственности.

7.9. Страховщик освобождается от Страховой выплаты в части, превышающей размер установленного Договором страхования Лимита (Подлимита) ответственности (основание для отказа в Страховой выплате).

7.10. Если соответствующая Страховая выплата по Договору подпадает одновременно под действие нескольких Лимитов и (или) Подлимитов, то применению подлежат все такие Лимиты и Подлимиты, если иное прямо не предусмотрено Договором.

7.11. Лимит (Подлимит) ответственности и Страховая сумма могут быть агрегатными (снижаемыми) или неагрегатными (неснижаемыми). Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховая сумма и Лимиты (Подлимиты) являются агрегатными (снижаемыми), то есть Страховая сумма и Лимит (Подлимит) по всем, имевшим место в течение Срока страхования Страховым случаям (подпадающим под действие соответствующего Лимита / Подлимита), не может превысить размера Страховой суммы и Лимита (Подлимита). Размер Страховой суммы и Лимита (Подлимита) считается уменьшенным на сумму произведенной Страховой выплаты в день наступления Страхового случая.

7.12. Если в Договоре страхования не указан вид Франшизы, то Франшиза является безусловной.

7.13. Договором страхования может быть предусмотрено, что размер безусловной Франшизы уменьшается на сумму произведенной Страховой выплаты, от уплаты которой был освобожден Страховщик в результате применения безусловной Франшизы. В таком случае в Договоре страхования указывается, что безусловная Франшиза является агрегатной.

7.14. Если в течение Срока страхования происходит несколько Страховых случаев, Франшиза учитывается при расчете Страховой выплаты по каждому Страховому случаю, если Договором прямо не предусмотрено иное.

7.15. Если Договором не предусмотрено иное, в случаях, когда размер рассчитанной Страховой выплаты (до применения Франшизы) превышает размер Страховой суммы или применимого Лимита ответственности, то размер Страховой выплаты, осуществляемой Страховщиком, определяется как разница между размером Страховой суммы (или Лимита ответственности, если он установлен и применим) и размером безусловной Франшизы.

8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

8.1. Размер Страховой премии исчисляется исходя из размера Страховой суммы и Лимитов ответственности, базовых Страховых тарифов и поправочных коэффициентов, Срока страхования, Франшизы и особенностей застрахованного имущественного интереса, а также иных обстоятельств и факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска.

8.2. При определении размера Страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик вправе применять разработанные им Страховые тарифы.

8.3. В зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления Страхового случая и (или) размер возможной Страховой выплаты в частности: Территории страхования, возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, наличия и размера Франшизы, перечня Критических заболеваний, Медицинских учреждений и (или) иных факторов, имеющих значение для определения величины Страхового риска, в том числе указанных в заявлении на страхование, Договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика, Страховщик вправе применять к Страховым тарифам по конкретному Договору страхования поправочные (повышающие и (или) понижающие) коэффициенты.

8.4. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

8.5. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в сроки, определенные Договором страхования, наличными денежными средствами (для Страхователей-физических лиц) или по безналичному расчету. Если Договором не предусмотрено иное, то Страховая премия подлежит оплате единовременно.

8.6. Днем уплаты Страховой премии считается:

8.6.1. при уплате наличным расчетом – момент внесения Страховой премии Страховщику, страховому посреднику, действующему от имени Страховщика, или платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

8.6.2. при уплате путем перевода Страхователем наличных денежных средств без открытия банковского счета – момент внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

8.6.3. при уплате безналичным расчетом – с момента подтверждения исполнения перевода денежных средств обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

8.7. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты Страховой премии устанавливаются в Договоре страхования. Если срок оплаты Страховой премии не предусмотрен Договором страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан оплатить Страховую премию не позднее даты начала Срока страхования.

8.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате (неполной или несвоевременной уплате) суммы Страховой премии (при единовременной уплате Страховой премии) или первого Страхового взноса (при уплате Страховой премии в рассрочку) в установленный Договором страхования срок, Договор страхования считается не вступившим в силу, права и обязанности Сторон по нему не возникают, и Страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет оплаты Страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение срока, указанного в п. 8.18.1. настоящих Правил.

8.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неоплаты (неполной или несвоевременной оплаты) очередного Страхового взноса по Договору страхования, заключенному с физическим лицом-потребителем (кроме индивидуальных предпринимателей), Страховщик имеет право:

8.9.1. осуществить полный и частичный зачет суммы просроченного Страхового взноса и суммы осуществляемых Страховых выплат;

8.9.2. требовать изменения условий страхования соразмерно фактически уплаченным Страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение Срока страхования и (или) Страховой суммы, путем заключения соответствующего дополнительного соглашения к Договору страхования;

8.9.3. расторгнуть Договор страхования и взыскать со Страхователя неуплаченную часть Страховой премии за Период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;

8.9.4. реализовывать иные права, предусмотренные законодательством.

8.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неоплаты (неполной или несвоевременной оплаты) очередного Страхового взноса по Договору страхования, заключенному с индивидуальными предпринимателями или юридическим лицом, Страховщик имеет право:

8.10.1. расторгнуть Договор и отказаться от Договора страхования в одностороннем внесудебном порядке путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю, а также взыскать со Страхователя неуплаченную часть Страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения;

8.10.2. осуществить полный и частичный зачет суммы просроченного Страхового взноса и суммы осуществляемых Страховых выплат;

8.10.3. изменить условия Договора страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок Страховым взносам, в том числе пропорционально сократить Срок страхования и (или) Страховую сумму, путем заключения соответствующего дополнительного соглашения к Договору страхования;

8.10.4. реализовывать иные права, предусмотренные законодательством.

8.11. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховой премии (Страховых взносов) в установленные сроки.

8.12. Страховщик в одностороннем внесудебном порядке имеет право увеличить срок оплаты Страховой премии (Страхового взноса), предусмотренный Договором, путем направления письменного уведомления (в том числе посредством электронной почты) в адрес Страхователя.

8.13. По письменному поручению Страхователя страховую премию (Страховой взнос) может уплатить другое лицо (иной плательщик Страховой премии), при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает. О данном поручении Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан предварительно письменно поставить в известность Страховщика, направив письменное уведомление, а также документальное подтверждение оснований для такой оплаты по требованию Страховщика. Страхователь (Выгодоприобретатель) несет ответственность за действия такого лица, осуществленные в связи с оплатой Страховой премии (Страхового взноса).

8.14. Страховая премия уплачивается Страхователем в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

8.15. В случае установления в пределах Срока страхования нескольких Периодов страхования, расчет Страховой премии производится отдельно для каждого Периода страхования, если Договором не предусмотрено иное.

8.16. Страховая премия (Страховые взносы) по соглашению Сторон и в соответствии с законодательством Российской Федерации может устанавливаться в российских рублях или в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (страхование в валютном эквиваленте). При страховании в валютном эквиваленте Страховая премия (Страховой взнос), размер которого установлен в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Банка России, установленному для соответствующей иностранной валюты на день платежа, если иной курс не определен Договором или иным соглашением Сторон.

8.17. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено Договором страхования, имеет право произвести перерасчет Страховой премии для нового Застрахованного лица и потребовать от Страхователя доплаты Страховой премии по результатам перерасчета. Перерасчет Страховой премии Страховщиком производится с учетом:

8.17.1. наличия или отсутствия Страховых случаев с заменяемым Застрахованным лицом и размера Страховых выплат по ним, в том числе в сравнении с размером Страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;

8.17.2. других обстоятельств, влияющих на степень Страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового и заменяемого Застрахованных лиц).

8.18. Если применимым законодательством или Договором страхования не установлено иное, возврат Страховой премии (её части) Страхователю (Выгодоприобретателю, оплатившему Страховую премию) осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя (Выгодоприобретателя), являющегося потребителем, наличными деньгами или в безналичном порядке, а остальным Страхователям (Выгодоприобретателям) – в безналичном порядке:

8.18.1. в случае невступления Договора в силу – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя;

8.18.2. в случае переплаты Страховой премии – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя;

8.18.3. в случае признания Договора страхования недействительным – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты вступления в силу решения суда о признании Договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное;

8.18.4. в случае если Договор страхования является незаключенным – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя, после выявления факта незаключения Договора страхования;

8.18.5. в случае отказа Страхователя от Договора страхования – не позднее, чем в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с указанием всей необходимой информации;

8.18.6. в случае отказа Страхователя от Договора страхования по основаниям, указанным в п.10.14. Правил, – не позднее, чем в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования;

8.18.7. в случае расторжения Договора по соглашению Сторон – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя, если соглашением о расторжении не предусмотрено иное;

8.18.8. в случае если Договор страхования прекратился до наступления срока, на который он был заключен, в силу того, что после его вступления в силу возможность наступления Страхового случая отпала, и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем Страховой случай – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя;

8.18.9. в иных случаях возврата Страховой премии (её части), предусмотренных Договором или законодательством – не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего письменного требования Страхователя, если применимым законодательством или Договором страхования не предусмотрено иное.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. По Договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (Страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (Страхового случая), осуществить Выгодоприобретателю Страховую выплату в пределах определенной Договором Страховой суммы и применимого Лимита ответственности, а также с учетом иных условий, положений и ограничений Договора (предмет Договора страхования).

9.2. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя. Письменное заявление на страхование подписывается Страхователем и является неотъемлемой частью Договора страхования.

9.3. Для заключения Договора страхования, Страховщик с целью оценки Страхового риска вправе потребовать от Страхователя предоставить следующие документы.

9.3.1. Заявление на страхование. Необходимость заполнения заявления на страхование определяется по усмотрению Страховщика, исходя из его андеррайтерских процедур, величины и факторов риска. Заявление и приложения к нему, изложенные в письменной форме, являются неотъемлемой частью Договора страхования. Форма заявления на страхование определяется Страховщиком.

9.3.2. Анкета и (или) декларация о здоровье Застрахованного лица, а также медицинские документы и документы об освидетельствовании согласно п. 9.10. Правил.

9.3.3. Письменное согласие на передачу Страховщику и Сервисной компании сведений, составляющих врачебную тайну, персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, и иную конфиденциальную информацию, а также документов (их копий), содержащих такие сведения, Медицинскими организациями, в которых Застрахованное лицо проходило лечение или диагностику.

9.3.4. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), регистрационные и учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы, подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

9.3.5. Соглашения на обработку персональных данных Страхователя, Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей.

9.4. При заключении Договора страхования в отношении нескольких лиц (Договора коллективного страхования) Застрахованные лица могут быть указаны в тексте Договора страхования или в списке Застрахованных лиц, который является неотъемлемой частью Договора страхования.

9.5. Страхователь (Выгодоприобретатель) также обязан предоставить Страховщику (обеспечить получение им) до заключения Договора страхования (распространения действия Договора страхования на иных лиц) все необходимые документы и сведения (в запрошенных Страховщиком составе и форме, формате, виде и т.п.), получение которых необходимо Страховщику в целях осуществления идентификации иного плательщика Страховой премии, Страхователей, их представителей, выгодоприобретателей, бенефициарных владельцев в соответствии с требованиями действующего законодательства по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения.

9.6. Документы предоставляются в виде оригиналов или в виде копий.

9.7. Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке сократить предусмотренный настоящими Правилами или Договором перечень документов, а также изменить их форму и способ заверения (заменить требование о предоставлении нотариальной копии требованием о предоставлении обычной копии или копии, заверенной Страхователем, и т.д.) путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю. Допускает в том числе уведомление по электронной почте.

9.8. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа – Договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (Свидетельства, Сертификата). В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса (Свидетельства, Сертификата) или оплатой Страховой премии (её первого Страхового взноса).

9.9. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления (Страховой выплаты), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

При этом существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, форме заявления на страхование или в письменном запросе Страховщика.

9.10. Страховщик вправе с целью оценки Страхового риска потребовать у Страхователя или Застрахованного лица предоставить медицинские документы, содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, заполнить анкету и (или) декларацию.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствование лица, подлежащего страхованию, он выдает Застрахованному лицу направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя/Застрахованного лица, соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя/Застрахованного лица до проведения медицинского освидетельствования.

9.11. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки Страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – «ГК РФ»), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.12. Договор страхования, заключаемый с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, обычно оформляется путем составления одного документа с приложением списка Застрахованных лиц. В этом случае Договором может быть предусмотрено вручение Застрахованным лицам документа, подтверждающего заключение Договора страхования в их пользу.

9.13. Страховщик предоставляет Страхователю информацию о размере (примерном расчете) Страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении Договора страхования (заявления на страхование) с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска.

При заключении Договора страхования Страховщик информирует Страхователя в том числе об условиях, на которых заключается Договор страхования, Правилах страхования, планах, графиках, дополнительных условиях страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования; об обстоятельствах, влияющих на размер Страховой премии, размере Страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов); о сроках рассмотрения обращений Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) относительно Страховой выплаты; о принципах и порядке расчета размера Страховой выплаты; а также сведения, предусмотренные п.п. 9.14., 12.2.2., 12.2.4. Правил.

Осуществление вышеуказанных и иных действий, предусмотренных действующими правовыми актами, фиксируется любым из следующих способов:

9.13.1. подписью Страхователя, в том числе подтверждающей получение Правил страхования (если соответствующая информация содержится в Правилах);

9.13.2. проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном Сайте Страховщика или в Личном кабинете;

9.13.3. аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Страхователя в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;

9.13.4. иным способом, предусмотренным законом или согласованным с Страхователем.

9.14. Подписывая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает, что Страховщиком Получателю страховых услуг были предоставлены все сведения, информация и документы в соответствии с требованиями законодательства, в том числе в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке и Указанием Банка России от 29.03.2022 N 6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации», в том числе сведения и документы, названные в п.п. 12.2.2. и 12.2.4. Правил.

9.15. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) информацией и документами в электронной форме, принять созданные и отправленные Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику документы и информацию в электронной форме (заявления о заключении Договора страхования, заявления (уведомления) о наступлении Страхового события, заявления об осуществлении Страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения Договора страхования и (или) для получения Страховой выплаты.

Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через Сайт Страховщика, путем заполнения в Личном кабинете формы анкеты-заявления на страхование, а также иные документы и сведения, указанные в п.п. 9.3. - 9.5. настоящих Правил.

При заключении Договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде, в том числе в виде электронных файлов, в формате, указанном Страховщиком, на основании электронного запроса Страховщика, изложенного в виде условий страхования и (или) анкеты на Сайте Страховщика.

9.16. В случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме Страхового полиса (Свидетельства, Сертификата), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», Договор

страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем Страховой премии (Страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает Страховую премию (Страховой взнос) только после ознакомления с условиями, содержащимися в ключевом информационном документе (для физических лиц), Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор на предложенных Страховщиком условиях.

9.17. В Договоре страхования (в том числе Страховом полисе) подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования. Договор и иные документы также могут быть подписаны соответствующими электронными подписями либо с использованием иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

9.18. Все уведомления, извещения, сообщения и иные документы и сведения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с Договором, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, если в Договоре страхования не указано иное:

9.18.1. в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Личном кабинете, Договоре страхования, заявлении на страхование или заявлении о Страховом событии;

9.18.2. почтовым отправлением или курьером (нарочным) по адресу, указанному в Личном кабинете, Договоре страхования, заявлении на страхование или заявлении о Страховом событии;

9.18.3. по электронной почте по электронному адресу, указанному в Личном кабинете, Договоре страхования, заявлении на страхование или заявлении о Страховом событии;

9.18.4. посредством Личного кабинета.

9.19. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления (иного документа) осуществляет Страховщик.

9.20. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) уведомлений, извещений, сообщений и иных документов, считаются наступившими для Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) с момента получения его Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем), если в самом документе не указан более поздний срок.

9.21. В случае изменения в сведениях и (или) документах, предоставленных Страховщику при заключении или исполнении Договора, в том числе адресов (постоянной регистрации, регистрации по месту пребывания, постоянного места жительства, фактического места жительства), банковских и иных реквизитов, телефонов, адресов электронной почты и иных данных, в том числе персональных данных, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется в течение 3 (трех) рабочих дней с даты изменения (с даты, когда ему стало известно об изменениях) без напоминания и запроса Страховщика письменно известить Страховщика об этом с приложением (предоставлением) новых сведений и (или) документов. Если Страховщик не был извещен об изменении сведений или документов заблаговременно, то риск неполучения (несвоевременного получения) направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений, документов и т.д.) и иные риски, связанные с отсутствием у Страховщика актуальных (действительных) сведений и (или) документов, несет Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

Непредставление уведомления о таких изменениях является гарантией и заверением Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в неизменности сведений и документов, предоставленных ранее.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Срок действия Договора страхования и Срок страхования устанавливаются по соглашению Сторон. В Договоре страхования указываются даты начала и окончания срока его действия, а также Срок страхования.

Страхование, обусловленное Договором, распространяется только на Страховые случаи, происшедшие в течение Срока страхования.

10.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 24:00 часов (местного времени для Страхователя) дня уплаты Страховой премии или ее первого взноса.

10.3. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты.

10.4. Срок действия Договора страхования, а также момент наступления события, которое может повлечь Страховой случай, определяются по местному времени Территории страхования, а если на Территории страхования несколько часовых поясов, то по часовому поясу места нахождения Застрахованного лица на момент наступления Страхового случая.

10.5. При заключении Договора страхования в пределах Срока страхования могут быть предусмотрены Периоды страхования, в течение которых может действовать страхование, с указанием для каждого из Периодов страхования размеров Страховой премии, а также (при необходимости) Страховой суммы.

Если прямо не указано иное, признается, что Срок страхования равен Периоду страхования.

10.6. Если Договором не предусмотрено иное, Договор страхования, права и обязанности Сторон по нему прекращаются в случаях:

10.6.1. истечения срока действия Договора (в 24:00 часа последнего дня Срока страхования);

10.6.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме, то есть осуществление Страховой выплаты или нескольких Страховых выплат в размере Страховой суммы; Договор прекращается в отношении конкретного Застрахованного лица в том числе при осуществлении Страховой выплаты или нескольких Страховых выплат в размере Лимита ответственности, установленного Договором в отношении такого Застрахованного лица;

10.6.3. смерти Страхователя - физического лица, если такая смерть не является Страховым случаем и если иное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя к моменту смерти;

10.6.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, кроме случаев замены Страхователя в Договоре страхования при его реорганизации в форме слияния, присоединения, или преобразования;

10.6.5. расторжения по соглашению Сторон;

10.6.6. отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче Договора (страхового портфеля) другому страховщику, а также в случае ликвидации Страховщика и (или) отзыва у него лицензии, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

10.6.7. расторжения Договора страхования (отказа от Договора), в том числе в одностороннем внесудебном порядке, в случаях, предусмотренных законодательством, Правилами или Договором страхования, в том числе в соответствии с п.п. 8.9., 8.10. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрены иные последствия просрочки уплаты очередного Страхового взноса;

10.6.8. при отказе Страхователя от Договора страхования;

10.6.9. если после вступления Договора в силу возможность наступления Страхового случая отпала, и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем Страховой случай; в таком случае Страховщик имеет право на часть Страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.6.10. в других случаях, предусмотренных Договором или законодательством Российской Федерации.

10.7. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления Страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем Страховой случай.

10.8. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия не подлежит возврату, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования (в том числе п.п. 10.13., 10.14. Правил) или законодательством.

10.9. Если досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления (отказа от Договора) Страхователя, Договор считается прекращенным с более позднего из моментов времени: с 24:00 часов дня, указанного в заявлении, или с 24:00 часов дня получения заявления Страховщиком.

10.10. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае расторжения (прекращения) Договора страхования полностью или частично и возврата части Страховой премии за истекший срок действия Договора страхования, расчет производится в рублях по официальному курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) Договора страхования, но не более курса валюты страхования, установленного Банком России на дату заключения Договора страхования.

10.11. Если в случае отказа Страхователя от Договора страхования последним предусмотрен возврат части Страховой премии, то Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страховой премии пропорционально истекшему Сроку страхования за вычетом сумм, произведенных и (или) причитающихся (подлежащих осуществлению) Страховых выплат, если Договором или законодательством не предусмотрено иное.

10.12. Если размер части Страховой премии, подлежащей возврату, меньше или равен нулю, то возврат Страховой премии не производится.

10.13. В случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора (или иного срока, установленного законодательством, действующим на момент заключения Договора страхования) Страховщик возвращает Страхователю уплаченную Страховую премию в порядке, установленном настоящим пунктом, независимо от момента уплаты Страховой премии, при условии отсутствия Страховых событий.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

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

10.14. Если Договор страхования прекращается в результате отказа Страхователя от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком обязательной информации о Договоре страхования, предусмотренной законодательством (невручении ключевого информационного документа), предоставления неполной или недостоверной информации о Договоре страхования, Страховщик возвращает Страхователю Страховую премию за вычетом части Страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.15. Сроки возврата Страховых премий Страховщиком установлены п. 8.18. Правил, если иное не предусмотрено Договором или законодательством.

11. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

11.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее, чем в течение 3 (трех) рабочих дней с даты изменения, письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска.

11.2. Значительными во всяком случае признаются изменения обстоятельств (фактов, условий и т.п.), оговоренных в Договоре страхования, документах, предоставленных Страховщику при заключении или исполнении Договора, или в переданных Страхователю Правилах страхования.

11.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования, в том числе сокращения Срока страхования и (или) Страховой суммы (Лимит ответственности), установления или увеличения размера Франшизы, исключения части Страховых рисков, и (или) уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска. Страхователь обязан ответить на требование Страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней с даты его получения.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии или не отвечает на требование Страховщика в установленный срок, последний вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными гл. 29 ГК РФ.

11.4. В случае если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования согласно действующему законодательству Российской Федерации (п. 5 ст. 453 ГК РФ).

11.5. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. **Страховщик имеет право:**

12.1.1. Требовать от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) предоставления достоверных сведений и информации, в том числе необходимых для оценки Страхового риска, при заключении Договора страхования и в течение срока действия Договора страхования, включая, но не ограничиваясь, сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о наличии у него заболеваний и (или) травм, травмоопасных увлечений и (или) хобби, о ранее перенесенных заболеваниях, о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессии и роде деятельности.

12.1.2. Провести обследование и (или) медицинское освидетельствование (организовать проведение и (или) требовать проведения обследования и (или) медицинского освидетельствования) лиц, подлежащих страхованию по Договору, для оценки фактического состояния их здоровья.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) до проведения медицинского освидетельствования.

12.1.3. Требовать предоставления необходимых документов и знакомиться с необходимыми документами, в том числе для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой Расходов на оказанную Медицинскую помощь, Репатриацию, Препараты и (или) Иные услуги, включая медицинские документы (их подлинники (оригиналы) и (или) копии, заверенные выдавшими их медицинскими и иными организациями), содержащие сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица и (или) лица, подлежащего страхованию по Договору, результаты медицинского осмотра, обследования и (или) медицинского освидетельствования Застрахованного лица и (или) лица, подлежащего страхованию, если такие проводились.

12.1.4. Отсрочить принятие решения о признании Страхового события Страховым случаем и Страховой выплате в следующих случаях, письменно уведомив об этом Застрахованное лицо (Страхователя, Выгодоприобретателя), в том числе допускается уведомление по электронной почте:

12.1.4.1. если производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления Страхового события и размера вреда (Страховой выплаты) - до получения экспертного заключения;

12.1.4.2. в случае необходимости получения письменных ответов на запросы, направленные Страховщиком в компетентные (государственные, муниципальные, надзорные, исполнительные и иные) органы и организации;

12.1.4.3. если в связи со Страховым событием начат судебный процесс или возбуждено дело об административном правонарушении (иное официальное расследование) - до вступления в законную силу судебного акта или решения уполномоченного органа, разрешающего дело по существу;

12.1.4.4. в случае возбуждения уголовного дела по факту смерти или причинения вреда здоровью Застрахованного лица или по иным обстоятельствам, связанным со Страховым событием, – до момента принятия соответствующего решения компетентными правоохранительными или судебными органами;

12.1.4.5. в случаях, предусмотренных п. 12.1.6. Правил.

12.1.5. Для принятия решения о Страховой выплате запрашивать у Застрахованного лица (Страхователя, Выгодоприобретателя) информацию и документы, необходимые для установления факта и обстоятельств Страхового случая, а также самостоятельно запрашивать в случае необходимости дополнительную документацию и информацию, в том числе из Медицинских организаций, Аптечных организаций, Экспертных организаций и Иных организаций, а также компетентных (государственных, муниципальных, надзорных, правоохранительных, судебных и т.д.) органов и организаций. Страховщик также вправе знакомиться с любыми документами и снимать с них копии.

12.1.6. При непредставлении Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем или иным лицом, обратившимся за Страховой выплатой) банковских реквизитов или других сведений, необходимых для осуществления Страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления Страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

12.1.7. Отказать в Страховой выплате в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или Договором.

12.1.8. Проверять соответствие сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) сведений и предоставленных им документов действительным обстоятельствам, соблюдение Страхователем (Застрахованным лицом) условий Договора страхования в течение срока его действия, с письменным уведомлением о выявленных нарушениях и предлагаемых мерах по их устранению, а также информацию, необходимую для установления факта и обстоятельств Страхового случая или размера причитающейся Страховой выплаты, проводить экспертизу наступления Страхового случая.

12.1.9. Поменять Сервисную компанию или привлечь другую, осуществляющую сервисное сопровождение Договора страхования путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю.

12.1.10. Контролировать объем и, сроки оказания услуг, предоставленных Застрахованному лицу, в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора страхования.

12.1.11. Реализовывать иные права, предусмотренные Правилами, Договором или законодательством.

12.2. Страховщик обязан:

12.2.1. По требованиям Получателя страховых услуг разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах или Договоре страхования.

12.2.2. При заключении Договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить Договор страхования) представить Получателю страховых услуг необходимую информацию, в том числе следующую:

12.2.2.1. о порядке расчета налога, в случае его удержания Страховщиком при расчете Страховой выплаты, когда Страховщик является налоговым агентом;

12.2.2.2. о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

12.2.2.3. об адресах мест приема документов при наступлении Страховых событий, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора или Правил страхования, а также своевременно информирует Получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на Сайте Страховщика, а также непосредственно Получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления Страхового события об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное предоставление указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте и (или) иным способом, в случае указания его в Договоре страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

12.2.3. Выдать Страхователю Договор страхования.

12.2.4. Предоставить информацию Страхователю о Договоре страхования, в виде ключевого информационного документа по форме, установленной Банком России.

12.2.5. Проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях, путем направления соответствующего уведомления.

12.2.6. Соблюдать условия настоящих Правил и Договора страхования.

12.2.7. Обеспечить обработку персональных данных Страхователя, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателя и иных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

12.2.8. По запросу Страхователя один раз (по каждому Договору страхования) бесплатно предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату при расторжении или досрочном прекращении Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия настоящих Правил и (или) Договора страхования, на основании которых произведен расчет.

12.2.9. После получения всех необходимых документов, подтверждающих факт, причины и обстоятельства произошедшего Страхового события и размер Расходов (Страховой выплаты), принять решение о признании или непризнании события Страховым случаем в порядке и сроки, которые предусмотрены п. 13.12. Правил.

12.2.10. По письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения такого запроса бесплатно предоставить:

12.2.10.1. информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы Страховой выплаты, включая: сумму, подлежащую выплате; порядок расчета Страховой выплаты; исчерпывающий перечень

норм права и или) условий Договора страхования и настоящих Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет;

12.2.10.2. исчерпывающую информацию и документы (копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате, за исключением документов, которые свидетельствует о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), направленных на получение Страховой выплаты, один раз по каждому Страховому случаю;

12.2.10.3. документы (копии документов, выписки из них), обосновывающие решение об отказе в Страховой выплате, за исключением документов, которые свидетельствует о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), направленных на получение Страховой выплаты, один раз по каждому Страховому событию.

При принятии решения об отказе в Страховой выплате (освобождении от Страховой выплаты) сообщить об этом Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) согласно п. 13.12. Правил.

12.2.11. Осуществлять идентификацию Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, их представителей, бенефициарных владельцев, а также получателя Страховой выплаты в случаях, когда это необходимо в силу действующего законодательства Российской Федерации.

12.2.12. Произвести Страховую выплату в порядке и сроки, установленными Договором страхования, в том числе настоящими Правилами.

12.3. Страхователь имеет право:

12.3.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования.

12.3.2. Один раз безвозмездно получить дубликат или копию Договора страхования в случае его утраты, а также дубликаты или копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правил страхования, дополнительных (полисных) условий и пр.), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных Страховых премиях по коллективным Договорам страхования, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и др.). При выдаче дубликата оригинал Договора страхования прекращает действовать, если оригинал Договора выдавался на предъявителя. При повторной утрате Договора страхования в течение срока его действия Страховщик имеет право взыскать со Страхователя стоимость изготовления копии Договора страхования и (или) иных документов.

12.3.3. Отказаться от Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

12.3.4. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.3.5. Требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору страхования.

12.3.6. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

12.3.7. При наступлении Страхового случая получать Страховые выплаты, медицинские и иные услуги в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора страхования.

12.3.8. Реализовывать иные права, предусмотренные Правилами, Договором или законодательством.

12.4. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:

12.4.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки Страхового риска.

12.4.2. Уплатить Страховую премию в порядке и сроки, определенные Договором страхования.

12.4.3. При увеличении Страхового риска в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения требования Страховщика согласно п. 11.3. Правил уплатить дополнительную Страховую премию и (или) подписать дополнительное соглашение об изменении условий Договора страхования либо направить Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной Страховой премии и (или) изменения условий Договора.

12.4.4. Дать письменное согласие (обеспечить получение Страховщиком письменного согласия Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) на обработку Страховщиком (осуществляемую с использованием и без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, блокирование, удаление, уничтожение), а также на обработку Сервисной компанией по поручению Страховщика персональных данных Страхователя (Застрахованных лиц), включая фамилию, имя, отчество, дату рождения, возраст, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, номера контактных телефонов, адреса электронной почты, сведения о месте наступления Страхового случая, сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), в целях заключения и исполнения Договора страхования. Форма такого согласия определяется Страховщиком и может быть изменена им в одностороннем внесудебном порядке путем направления новой редакции формы Страхователю (Выгодоприобретателю).

12.4.5. Получать и сохранять медицинские, платежные документы и другие документы (выписки, счета, рецепты и иные документы), связанные со Страховым случаем, предусмотренные настоящими Правилами или Договором страхования, а также необходимые для решения вопроса о признании события Страховым случаем и (или) определения размера Страховой выплаты. Своевременно передать их Сервисной компании и (или) Страховщику.

12.4.6. Предоставлять Страховщику по его требованию в сроки, указанные в запросе Страховщика, сведения и (или) документы, необходимые для исполнения Страховщиком требований законодательства Российской Федерации по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, включая информацию о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованном лице, их представителях, выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, а также получателях Страховой выплаты.

12.4.7. Незамедлительно уведомлять Страховщика и предоставлять Страховщику соответствующие сведения и (или) документы об изменениях в сведениях и (или) документах, названных в п.12.4.6. Правил.

12.4.8. Сообщать Страховщику при заключении Договора, а также в течение срока его действия обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования, заключенных с иными страховщиками, по которым застрахованы схожие соответствующему Договору объекты страхования, Расходы и (или) страховые риски.

12.4.9. Обеспечить (организовать) исполнение Застрахованными лицами и Выгодоприобретателями обязанностей по Договору. Нести ответственность перед Страховщиком за неисполнение (ненадлежащее или несвоевременное исполнение) Застрахованными лицами и Выгодоприобретателями своих обязанностей.

12.4.10. Исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами, Договором или законодательством.

12.5. Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан:

12.5.1. Представлять Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения Страховщиком Договора страхования и возложенных на него обязанностей.

12.5.2. Соблюдать требования настоящих Правил, Договора страхования, предписания лечащего Врача, указаний Страховщика и Сервисной компании в ходе получения Медицинской помощи, Препаратов и (или) Иных услуг, а также распорядок, установленный Медицинской организацией.

12.5.3. Заботиться о сохранности документов, позволяющих получать страховые услуги по Договору, и не передавать их другим лицам с целью получения ими Медицинской помощи и иных услуг.

12.5.4. По требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование при заключении Договора страхования, если Страховщик сочтет это необходимым.

12.5.5. При утрате Договора страхования (Страхового полиса) незамедлительно известить об этом Страховщика.

12.5.6. При наступлении Страхового события или события, которое повлекло или может повлечь наступление Страхового случая, незамедлительно и до получения Медицинской помощи и (или) Препаратов, оказания услуг по Репатриации и (или) Иных услуг, но в любом случае не позднее, чем в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня, когда Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) стало известно о таком событии, письменно уведомить об этом Страховщика по электронной почте, указанной п. 1.1.17. Правил, или иным согласованным Сторонами способом, сообщив при этом следующие данные, а также предоставить необходимые документы согласно п.п. 13.5. – 13.7. Правил:

12.5.6.1. фамилию, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица (Выгодоприобретателя);

12.5.6.2. номер Договора страхования;

12.5.6.3. Критическое заболевание, характер требуемых Медицинской помощи, Препаратов, услуг по Репатриации и (или) Иных услуг;

12.5.6.4. местонахождения Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) и номер телефона для обратной связи;

12.5.6.5. все известные сведения и факты, относящиеся к Страховому событию, его причинам и последствиям, в том числе о предполагаемой стоимости Медицинской помощи, Препаратов, услуг по Репатриации и Иных услуг и (или) предполагаемом размере Расходов, подлежащих возмещению Страховщиком (учету Страховщиком при расчете размера Страховой выплаты).

В конкретном Договоре страхования может быть предусмотрено (в отношении всех Страховых событий и (или) Критических заболеваний или их части), что Застрахованный (Выгодоприобретатель) обращается не непосредственно к Страховщику, а в Сервисную компанию.

12.5.7. Предоставлять Страховщику и его представителям свободный доступ к информации и документам, имеющим отношение к Страховому случаю (Страховому событию), в том числе предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской и иной документацией из любых Медицинских организаций, Аптечных организаций, Иных организаций и от других лиц, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, в том числе признанием (непризнанием) события Страховым случаем, установлением причин и обстоятельств наступления Страхового события, расчетом размера Страховой выплаты (Расходов) и (или) оплатой оказанных Застрахованному лицу Медицинской помощи, услуг по Репатриации и (или) Иных услуг, а также оплатой Препаратов.

12.5.8. Давать Медицинским организациям, Аптечным организациям и Иным организациям разрешение на предоставление Страховщику медицинских сведений и документов, включая сведения, составляющие врачебную тайну. Предоставлять Страховщику всю необходимую медицинскую документацию и информацию в связи со Страховым случаем (Страховым событием).

12.5.9. При обращении за помощью в Сервисную компанию или к Страховщику сообщить номер своего действующего контактного мобильного телефона, адрес электронной почты и иные контакты, если они есть, ответить на все вопросы сотрудника Сервисной компании и (или) Страховщика.

12.5.10. При необходимости, по требованию Страховщика или Сервисной компании, Застрахованное лицо должно пройти медицинское освидетельствование (обследование), в том числе для получения Второго медицинского мнения.

Согласование места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

12.5.10.1. заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица по определяемой Страховщиком форме;

12.5.10.2. направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на Страховую выплату, или Застрахованного лица уведомления с указанием места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица (не менее двух вариантов времени на выбор Застрахованного лица);

12.5.10.3. иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица (не менее двух вариантов времени на выбор Застрахованного лица).

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование (обследование) в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования (обследования) при его обращении к Страховщику. При этом если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о Страховой выплате началось до проведения освидетельствования (обследования), то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования (обследования).

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования (обследования) в определенную (согласованную со) Страховщиком дату, Страховщик имеет право вернуть без рассмотрения представленное таким лицом заявление на Страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

12.5.11. Исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами, Договором или законодательством.

12.6. Застрахованное лицо имеет право:

12.6.1. На получение (организацию и оплату) при наступлении Страхового случая Медицинской помощи, Препаратов и (или) Иных услуг и (или) на вымещение соответствующих Расходов в соответствии с условиями Договора страхования в Медицинских организациях, Фармацевтических организациях, Сервисных компаниях и (или) в Иных организациях, обращение в которые письменно согласовано и (или) организовано Страховщиком.

12.6.2. На однократное бесплатное получение дубликата Страхового полиса в случае его утраты.

12.6.3. На получение разъяснений настоящих Правил и условий Договора страхования.

12.6.4. По согласованию со Страховщиком принять на себя исполнение обязанностей Страхователя по Договору страхования в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, установленном законодательством РФ.

12.6.5. Реализовывать иные права, предусмотренные Договором или законодательством.

12.7. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

13. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования или не согласовано (определено) Страховщиком, при наступлении Страхового случая Страховая выплата осуществляется в соответствии с п.13.2. Правил путем организации и (или) оплаты Страховщиком или Сервисной компанией предусмотренных Договором страхования Медицинской помощи, Препаратов, Репатриации и (или) Иных услуг, оказанных (приобретенных) в связи с Критическим заболеванием и (или) путем возмещения предварительно согласованных Расходов на них, при условии, что они:

13.1.1. необходимы для удовлетворения потребностей Застрахованного лица в Медицинской помощи;

13.1.2. применяются наиболее подходящим с медицинской точки зрения способом и в том виде, в котором они соответствуют стандартам, принятым при оказании Медицинской помощи, а также обеспечивают оптимальное соотношение стоимости и качества;

13.1.3. по типу, частоте и продолжительности лечения являются научно обоснованным и соответствуют рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, установленным нормативам или предварительно письменно согласованы Страховщиком;

13.1.4. соответствуют диагнозу заболевания (состоянию больного).

13.2. При наступлении Страхового случая и при условии соблюдения требований и иных положений Договора страхования, в том числе п. 12.5.6. Правил, Страховая выплата производится в следующем порядке (по выбору Страховщика):

13.2.1. путем организации и (или) оплаты стоимости предусмотренных Договором и вызванных Критическим заболеванием Медицинской помощи, Препаратов, Репатриации и (или) Иных услуг непосредственно Страховщиком или через Сервисную компанию Медицинской организации, Аптечной организации и (или) Иной организации, в которую Застрахованное лицо обратилось по направлению Страховщика (Сервисной компании), на основании их счетов и в соответствии с условиями договоров, заключенных Страховщиком (Сервисной компанией) с указанными организациями, и (или)

13.2.2. путем осуществления Страховой выплаты денежными средствами Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в размер предварительно письменно согласованных Страховщиком (Сервисной компанией) и понесенных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) Расходов на Медицинскую помощь, Препараты, Репатриацию и (или) Иные услуги, предусмотренные Договором и вызванные Критическим заболеванием.

13.3. Страховщик вправе проверить качество и соответствие условиям Договора страхования оказанных Медицинской помощи, услуг по Репатриации и Иных услуг, а также Препаратов.

13.4. Страховщик при наступлении Страхового случая оплачивает Медицинскую помощь, услуги по Репатриации, Препараты и (или) Иные услуги, оказанные Застрахованному лицу (приобретенные Застрахованным лицом) в связи с Критическим заболеванием (и (или) возмещает предварительно согласованные Расходы на Медицинскую помощь, Репатриацию, Препараты и (или) Иные услуги, понесенные в связи с Критическим заболеванием) в течение не более, чем 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты начала оказания указанной Медицинской помощи, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования.

13.5. Для признания события Страховым случаем и осуществления Страховой выплаты (организации оказания и (или) оплаты Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) Медицинской помощи (покупки Препаратов), Репатриации и (или) Иных услуг в соответствии с п. 13.2.1. настоящих Правил и (или) предварительного согласования Расходов на Медицинскую помощь, Препараты, Репатриацию и (или) Иные услуги в соответствии с п. 13.2.2. настоящих Правил) Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан выполнить обязанность, предусмотренную п. 12.5.6. Правил и предоставить Страховщику следующие документы и информацию, подтверждающие факт, причины и обстоятельства наступления Страхового случая, а также размер Страховой выплаты:

13.5.1. письменное заявление о Страховом событии по форме Страховщика со ссылкой на номер Договора страхования с подробным описанием хронологии событий, которые могут повлечь или повлекли наступление Страхового случая, и их обстоятельств и причин;

13.5.2. паспорт Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), а если Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) является несовершеннолетнее лицо – паспорт его законного представителя, подавшего заявление от его имени, свидетельство о рождении Застрахованного лица и документы, подтверждающие право представителя действовать в интересах Застрахованного лица;

если лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением об осуществлении Страховой выплаты, не является Выгодоприобретателем (получателем Страховой выплаты), то Страховщику дополнительно предоставляется документ, удостоверяющий личность обратившегося лица;

13.5.3. договор страхования;

13.5.4. выписка из амбулаторной карты (истории болезни) Застрахованного лица, или медицинской справки, выданных соответствующей Медицинской организацией, с окончательным диагнозом; Страховщик имеет право запросить выписку за период до 10 (десяти) лет до постановки диагноза Критического заболевания;

13.5.5. результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные проведенной их Медицинской организацией;

13.5.6. заключение Врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога) с указанием диагноза и плана лечения (если составлялся);

13.5.7. медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу Препаратов и соответствующие рецепты;

13.5.8. банковские реквизиты счета Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), если Страховая выплата производится непосредственно ему в денежной форме по безналичному расчету;

13.5.9. письменное согласие Застрахованного лица на предоставление свободного доступа Страховщику согласно п.12.5.7. Правил;

13.5.10. Второе медицинское мнение (по требованию Страховщика согласно п.13.10. Правил);

13.5.11. заявление на Страховую выплату.

13.6. Для предварительного согласования Расходов в соответствии с п. 13.2.2. настоящих Правил Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить Страховщику дополнительно следующие документы и информацию:

13.6.1. информацию о Медицинском учреждении (Аптекарской организации и (или) Иной организации), в котором планируется оказание Медицинской помощи (покупка Препаратов и (или) оказание Иных услуг) и предварительном размере Расходов.

13.7. После согласования Расходов в соответствии с п. 13.2.2. настоящих Правил и после их несения Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику дополнительно следующие документы:

13.7.1. выписной эпикриз из Медицинских учреждений с описанием оказанной Медицинской помощи;

13.7.2. платежные документы, подтверждающие понесенные Расходы (в том числе чеки, квитанции);

13.7.3. договор с Медицинским учреждением (Аптекарской организацией и (или) Иной организацией);

13.8. Если Страховщиком письменно (в том числе по электронной почте) не будет согласовано иное, Страхователь, Застрахованное лицо обязаны предоставлять Страховщику все документы и сведения, подтверждающие факт, обстоятельства и причины наступления Страхового случая, а также размер Расходов и подлежащей Страховой выплаты по Договору:

13.8.1. на русском языке или с приложением их нотариально заверенного перевода на русский язык;

13.8.2. все документы, выданные на территории иностранного государства, в легализованном или апостилированном виде (с апостилем) согласно требованиям действующего законодательства;

13.8.3. если иное прямо не предусмотрено Договором, в том числе в настоящем разделе 13 Правил, все документы в виде оригинала или копии, заверенной нотариально согласно требованиям действующего законодательства (допустимо заверение копии иным лицом, если законодательством такое заверение приравнивается к нотариальному удостоверению), а если копия документа не может быть удостоверена нотариально (иным способом, приравненным к нотариальному заверению), то в виде копии документа, заверенного Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

13.9. Страховщик имеет право по своему усмотрению в одностороннем внесудебном порядке путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю, Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю (в том числе по электронной почте) сократить перечень и (или) изменить форму предоставления (например, заменить нотариальную копию обычной и (или) отменить требование о проставлении апостиля) документов и сведений, подтверждающих факт, обстоятельства и причины наступления Страхового случая и (или) подтверждающих размер Расходов и Страховой выплаты.

Расходы на перевод документов, проставление апостиля, нотариальное заверение (иные нотариальные действия) не подлежат возмещению Страховщиком.

13.10. Перед осуществлением Страховой выплаты (организацией оказания Застрахованному Медицинской помощи и (или) Иных услуг в соответствии с п. 13.2.1. настоящих Правил и (или) согласованием Расходов в соответствии с п. 13.2.2. настоящих Правил) Страховщик вправе потребовать получения Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) Второго медицинского мнения. Если Страховщик потребовал получения Второго медицинского мнения, решение о признании (непризнании) заявленного Страхового события Страховым случаем принимается Страховщиком после его получения.

Если Страховщик потребовал получения Второго медицинского мнения, Страховщик в течение 30 (тридцати) рабочих дней организует и (или) оплачивает получение Застрахованным лицом Второго медицинского мнения, включающего в том числе письменное заключение с подтверждением или уточнением диагноза Критического заболевания и необходимости оказания предусмотренной Договором страхования Медицинской помощи, а также предложением предпочтительного метода лечения с описанием предлагаемых медицинских услуг, Медико-транспортных услуг и (или) Иных услуг.

Если Застрахованный (Выгодоприобретатель) соглашается получить рекомендованные Вторым медицинским мнением Медицинскую помощь, Препараты, услуги по Репатриации и (или) Иные услуги, он письменно уведомляет Страховщика о своем решении в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения им результатов Второго медицинского мнения.

13.11. Решение о признании (не признании) Страхового события Страховым случаем и (или) осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает на основании Договора страхования, в том числе настоящих Правил, норм действующего законодательства, а также документов, полученных Страховщиком самостоятельно (в том числе из Сервисной компании, Медицинской организации, Экспертной организации, Иной организации или других организаций и компетентных органов), или предоставленных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем), в соответствии с п.п. 13.5. – 13.8. настоящих Правил.

13.12. В течение **15 (пятнадцати) рабочих дней** с даты получения документов, указанных в п.п. 13.5. – 13.7. Правил, в соответствии с п. 13.8. настоящих Правил (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов) Страховщик проводит их первичную проверку на предмет полноты сведений и соответствия заявленного диагноза и рекомендованного лечения условиям Договора страхования, в том числе с учетом в числе прочего Исключений, предусмотренных Договором страхования или настоящими Правилами, и если согласно Договору страхования заявленное Страховое событие признано Страховым случаем, Страховщик организывает оказание Медицинской помощи (предоставление Препаратов), услуг по Репатриации и (или) Иных услуг, в том числе в соответствии с п.п. 13.2.1. настоящих Правил, либо согласовывает и возмещает соответствующие Расходы в соответствии с п. 13.2.2. настоящих Правил.

Если заявленное событие не является Страховым случаем (не предусмотрено Договором страхования в качестве Страхового случая, или является Исключением из страхования, или произошло за пределами Срока страхования или Территории страхования, или произошло в период действия временной Франшизы, или размер Страховой выплаты (Расходов) не превышает размер Франшизы) и (или) присутствуют основания для освобождения Страховщика от Страховой выплаты, то Страховщик в тот же срок принимает решение об отказе в Страховой выплате (отсутствии правовых оснований для Страховой выплаты), и **в течение 3 (трех) рабочих дней** с даты принятия такого решения письменно информирует Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) об этом и основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

13.13. Если Страховая выплата осуществляется согласно п. 13.2.1. Правил, то в течение срока, предусмотренного п.13.12. Правил или в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения согласно п.13.10. Правил письменного согласия Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на оказание Медицинской помощи, Препараты, услуги по Репатриации и (или) Иные услуги, предусмотренные Вторым медицинским мнением (более поздняя из двух дат) Страховщик подбирает для этого Медицинскую организацию (Аптекарскую организацию, Иную организацию), исходя в том числе из характера диагностированного Критического заболевания, материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных его возможностей, а также обстоятельств Страхового случая, и выдает Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) направление (гарантийное письмо) на Медицинскую помощь, Препараты, Репатриацию и (или) Иные услуги (далее – «**Направление**»).

По требованию Застрахованного лица ему предоставляется подробная информация о предлагаемой ему Медицинской организации, квалификации Врачей, а также подтверждение наличия лицензии на осуществление медицинской деятельности (иного разрешения, предусмотренного законодательством той страны, на территории которой находится данная Медицинская организация).

13.14. Если в Направлении не указано иное, то оно действует в течение 1 (одного) месяца с даты его выдачи. Если Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) не обратилось за Медицинской помощью (Препаратами, Репатриацией и (или) Иными услугами) в течение указанного периода, действие Направления прекращается, и оно не действует.

13.15. Любые услуги (препараты), оказанные (предоставленные) Застрахованному лицу в иной организации, чем указано в Направлении, а также предоставленные Застрахованному лицу до получения им Направления Страховщиком не возмещаются, если соответствующие Расходы не будут с ним предварительно поименно согласованы согласно Договору страхования.

13.16. Для получения предусмотренных Договором страхования Препаратов Застрахованное лицо вправе обратиться в предварительно письменно согласованную Страховщиком Фармацевтическую организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Договором страхования Препаратов, но в пределах согласованного Страховщиком размера Расходов.

13.17. Страховая выплата определяется в том числе с учетом установленных Договором Лимитов выплат и Франшиз.

Сумма всех Страховых выплат не может превышать размер Страховой суммы и применимого Лимита выплат.

13.18. В отдельных случаях в Договоре страхования Стороны могут оговорить особый размер и порядок осуществления Страховых выплат в связи со Страховыми случаями.

13.19. Все документы, информация и доказательства должны быть предоставлены Страховщику бесплатно и соответствовать по перечню, форме и содержанию его требованиям, в том числе требованиям, указанным в п.п. 13.5. – 13.8. Правил страхования.

При получении документов на Страховую выплату, указанных в п.п. 13.5.-13.7. настоящих Правил, Страховщик (Сервисная компания) принимает их, фиксирует факт получения и проверяет документы на соответствие требованиям настоящих Правил и Договора страхования (комплектность документов и правильность их оформления). В случае выявления несоответствий: предоставления неполного комплекта документов, недостаточности представленных документов для принятия Страховщиком решения о признании (непризнании) события Страховым случаем и (или) об осуществлении Страховой выплаты и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, – Страховщик уведомляет об этом Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение **15 (пятнадцати) рабочих дней** с даты получения документов.

При личном обращении Получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на Страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи, которые подписываются Страховщиком и Получателем страховых услуг с указанием даты приема документов.

13.20. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с п.п. 13.5. - 13.8. настоящих Правил сроки для принятия Страховщиком решения о признании (непризнании) события Страховым случаем и для осуществления Страховой выплаты, установленные п. 13.12. настоящих Правил (если иные сроки не предусмотрены Договором), не начинают течь.

13.21. В состав возмещаемых Страховщиком Расходов не входят расходы, связанные с повторным выполнением исследований для плановой Госпитализации, не состоявшейся по вине Застрахованного лица.

13.22. Во всех случаях Страховщик не несет обязательств по осуществлению Страховой выплаты при изменении по желанию Застрахованного лица вопреки рекомендациям Врача медицинских технологий, используемых при лечении как основного Критического заболевания, так и его осложнений (Исключение из страхования).

13.23. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании с применением валютного эквивалента Страховая выплата осуществляется (рассчитывается) в российских рублях по курсу Банка России, установленному для валюты, в которой выражена Страховая сумма (Лимит ответственности), на дату оплаты Страховщиком счетов за оказание Медицинской помощи, услуг Репатриации, Иных услуг и (или) Препаратов, но не более максимального курса для выплат, под которым понимается курс валюты Договора страхования, установленный Банком России на дату заключения Договора страхования, увеличенный на 1 (один) процент за каждый месяц, прошедший с даты заключения Договора страхования.

13.24. Если обнаружится обстоятельство, исключающее право Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на получение Страховой выплаты, Застрахованный обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения соответствующего требования (обращения) Страховщика вернуть Страховщику полученную им и (или) Медицинской организацией, Аптечной организацией и (или) Иной организацией сумму Страховой выплаты (или соответствующую ее часть).

13.25. Страховщик имеет право отказать в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный или Выгодоприобретатель) не известил Страховщика о наступлении Страхового случая в предусмотренные Договором страхования сроки, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести Страховую выплату.

13.26. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в Страховой выплате в случаях, если Расходы могут быть возмещены государственными или частными программами, осуществляемыми в стране оказания Медицинской помощи, включая программы обязательного медицинского страхования, а также программы экстренной помощи пострадавшим в связи со стихийными бедствиями (землетрясениями, извержениями вулканов, наводнениями, ураганами, цунами, бурями, штормом), террористическими актами и т.д.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры и разногласия, возникшие между Страхователем, Застрахованным лицом и (или) Выгодоприобретателем и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования (или вытекающие из Договора), разрешаются Страхователем и Страховщиком путём переговоров и в претензионном порядке с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии.

14.2. При получении одной Стороной письменной претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования срок направления ответа на претензию не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней с момента её получения другой Стороной. При этом, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», то Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством РФ, обязан рассмотреть письменную претензию (заявление) Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если указанная претензия

направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней.

14.3. Если последний день срока приходится на выходной или нерабочий праздничный день, то днем окончания срока считается ближайший (следующий за ним) рабочий день.

14.4. В досудебном порядке спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным, который рассматривает обращения физических лиц – потребителей финансовых услуг (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в отношении Страховщика, если размер денежных требований Получателя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет.

14.5. При недостижении соглашения в претензионном (досудебном) порядке по спорным вопросам их решение может передаваться на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

14.6. Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель - потребитель финансовых услуг вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику, указанные в п. 14.5. настоящих Правил, в случае:

14.6.1. непринятия финансовым уполномоченным решения по обращению по истечении предусмотренного частью 8 статьи 20 Федерального закона от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» срока рассмотрения обращения и принятия по нему решения;

14.6.2. прекращения рассмотрения обращения финансовым уполномоченным в соответствии со статьей 27 Федерального закона от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»;

14.6.3. несогласия с вступившим в силу решением финансового уполномоченного.

14.7. Договором страхования и (или) иным письменным соглашением Сторон может быть предусмотрена обязанность передачи соответствующего спора на рассмотрение в третейский суд в соответствии с его регламентом и в порядке, предусмотренном законодательством РФ (арбитражная оговорка).

14.8. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках Договора страхования, обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, содержащей обоснование своих требований, подтвержденных документально. При соответствии требований Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) критериям, установленным Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) после соблюдения обязательного претензионного порядка урегулирования спора, предусмотренного п. 14.1. настоящих Правил страхования обязан направить обращение финансовому уполномоченному, при этом обращение в суд по таким требованиям возможно с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

15. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

15.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательство по Договору страхования, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных, непредвиденных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (форс-мажора).

15.2. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажора) Страховщик вправе (путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю или Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю) задержать (отсрочить) исполнение обязательств по Договору страхования до момента прекращения таких обстоятельств или отказаться от Договора в одностороннем внесудебном порядке (ст. 450.1. ГК РФ).

15.3. Под обстоятельствами непреодолимой силы Стороны понимают в том числе:

15.3.1. военные действия (объявленные и необъявленные), гражданские волнения, забастовки, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции и их последствия и т.п.;

15.3.2. стихийные бедствия, в том числе наводнения, землетрясения, извержения вулканов, оползни, сходы лавин, бури, вихри, ураганы, смерчи, иные движения воздушных масс, вызванные естественными процессами в атмосфере, иные природные катастрофы и катаклизмы;

15.3.3. ядерные или радиоактивные заражения, загрязнения, излучения, аварии или взрывы;

15.3.4. санкции, запреты или ограничения в рамках решений ООН; или торговые либо экономические санкции, законы, иные ограничивающие акты Российской Федерации или ООН;

15.3.5. иные чрезвычайные, непредвиденные и непреодолимые обстоятельства, не зависящие от воли Сторон.

15.4. Правом подтверждать обстоятельства непреодолимой силы по Договорам страхования, наделена в том числе торгово-промышленная палата (далее – «ТПП») субъекта России или муниципальное образование, наделенное ТПП РФ правом свидетельствовать обстоятельства непреодолимой силы, а также иные уполномоченные органы и организации.

16. РАССМОТРЕНИЕ ЖАЛОБ

16.1. Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель имеют право обратиться к Страховщику с устной и письменной жалобой, в том числе по электронной почте, на его действия или бездействия, а также в отношении качества предоставленных (непредоставленных) услуг (обслуживания, сроков осуществления Страховой выплаты и т.п.).

16.2. Письменная жалоба направляется по адресу Страховщика, указанному в Договоре или на следующий адрес электронной почты: complaints@gardia.sk.

16.3. Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель также вправе обратиться с жалобой в орган страхового надзора и (или) в саморегулируемую организацию в сфере финансового рынка, объединяющую страховые организации, членом которой является Страховщик. Реквизиты указанного надзорного органа и организации сообщаются Страховщиком по запросу.

17. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

17.1. Стороны признают, что, если иное не предусмотрено Договором страхования, информация, раскрываемая одной стороной (далее – «**Раскрывающая сторона**») другой стороне (далее – «**Получающая сторона**») в связи с Договором страхования, при условии, что такая информация имеет коммерческую ценность для Раскрывающей стороны в силу неизвестности её третьим лицам, к которой у третьих лиц нет доступа и которая защищается Раскрывающей стороной от неправомерного доступа и разглашения, а также при условии, что она была отмечена (явно обозначена) Раскрывающей стороной при её раскрытии в качестве конфиденциальной, кроме информации, названной в пункте 17.7. настоящих Правил, является конфиденциальной (то есть не может передаваться Получающей стороной третьим лицам без согласия Раскрывающей стороны, за исключением случаев предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования или иным соглашением сторон, и подлежит охране Получающей стороной (далее – «**Конфиденциальная информация**»)).

К Конфиденциальной информации относятся в том числе персональные данные. Конфиденциальная информация может также относиться к сведениям, составляющим тайну страхования, врачебную тайну, банковскую тайну, адвокатскую тайну, коммерческую тайну или иной вид информации ограниченного доступа, в том числе охраняемые результаты интеллектуальной деятельности, не подлежащие раскрытию.

17.2. Раскрывающая сторона передает Получающей стороне Конфиденциальную информацию, а последняя обязуется обеспечивать сохранность Конфиденциальной информации, ее использование в соответствии с Договором страхования или иным письменным соглашением сторон и не разглашать Конфиденциальной информации третьим лицам, если иное не предусмотрено настоящим разделом Правил, Договором страхования или иным письменным соглашением между Сторонами.

17.3. При передаче любой информации Страхователь обязуется уведомить Страховщика дополнительно, если передаваемые сведения относятся к следующим сведениям, если они являются конфиденциальными и по требованию Страхователя подлежат защите (в том числе после заключения Договора страхования):

17.3.1. сведения об имущественных интересах граждан и организаций РФ, находящихся под действием иностранных (не российских) санкций;

17.3.2. сведения об ущербе и происшествиях, которые произошли в отношении имущественных интересов граждан и организаций РФ, находящихся под действием иностранных (не российских) санкций.

В случае отпадения (прекращения) оснований для обеспечения конфиденциальности указанных выше сведений, Страхователь также обязуется незамедлительно письменно известить об этом Страховщика.

17.4. Стороны понимают и соглашаются, что Конфиденциальная информация может быть передана (раскрыта) в любой форме и на любых носителях: в устной и (или) письменной форме, посредством передачи электронных документов и сообщений, на материальных, в том числе бумажных и (или) на электронных носителях, в форме графиков, чертежей, презентаций, в составе баз данных и компьютерных программ и т.д.

17.5. В случае передачи Конфиденциальной информации посредством электронных сообщений и документов, в том числе посредством обмена сообщениями, ее передача будет осуществляться с телефонных номеров и (или) адресов (доменов) электронной почты, указанных в Договоре страхования или согласованных сторонами отдельно. Согласие на раскрытие Конфиденциальной информации может передаваться посредством адресов электронной почты, согласованных Сторонами.

При предоставлении согласия на раскрытие Конфиденциальной информации Страхователь гарантирует Страховщику, что такое раскрытие согласовано с третьими лицами, которым принадлежит соответствующая информация (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом и т.п.).

17.6. Получающая сторона обязуется:

17.6.1. не разглашать (не раскрывать, не передавать, не обсуждать содержание, не предоставлять копий, не публиковать и не разглашать в какой-либо иной форме) без предварительного разрешения Раскрывающей стороны (в частности, содержащегося в письме, отправленном посредством электронной почты с адреса, согласованного сторонами) Конфиденциальную информацию любым лицам, кроме лиц, указанных в настоящем разделе Правил, которым Конфиденциальная информация может быть раскрыта на условиях, предусмотренных настоящим разделом Правил;

17.6.2. не использовать Конфиденциальную информацию ни для каких целей, кроме как в целях исполнения Договора страхования или иных письменных соглашений сторон, а также в иных целях, предусмотренных Договором страхования или применимым законодательством;

17.6.3. незамедлительно информировать Раскрывающую сторону о факте неправомерного или несанкционированного разглашения (утечки и т.п.) Конфиденциальной информации;

17.6.4. предпринимать разумные организационные, технические и иные меры и использовать разумные законные средства, направленные на защиту Конфиденциальной информации и предотвращение ее раскрытия третьим лицам.

17.7. Стороны договорились, что в любом случае следующая информация не относится к Конфиденциальной информации и может без ограничений раскрываться сторонами:

17.7.1. информация, которая предоставляется стороной, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем без ограничений любому физическому или юридическому лицу;

17.7.2. информация, которая является или впоследствии становится общеизвестной (публичной) без нарушения Договора страхования (например, вследствие ее публикации в средствах массовой информации, печатных изданиях, размещения на Интернет-сайтах, в государственных реестрах и т.д.);

17.7.3. информация, которая была на законных основаниях известна Получающей стороне до ее получения от Раскрывающей стороны. При этом при получении такой информации не были нарушены права Раскрывающей стороны и (или) третьих лиц.

17.8. Раскрытие Конфиденциальной информации может осуществляться Страховщиком саморегулируемой организации, членом которой является Страховщик, при условии, что предоставление соответствующей информации предусмотрено стандартами и правилами соответствующей саморегулируемой организации.

17.9. Обязанности, установленные настоящим разделом Правил, действительны в течение всего срока действия Договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет с даты окончания срока действия Договора страхования (с даты расторжения Договора страхования, с даты исполнения сторонами основного обязательства в рамках Договора страхования).

В случае недействительности (в том числе в случае ничтожности) или незаключенности Договора страхования настоящий раздел сохраняет свою силу и действует в течение 5 (пяти) лет с даты предоставления Конфиденциальной информации.

Конфиденциальность персональных данных соблюдается в течение срока, установленного применимым законодательством.

17.10. Признание Договора страхования недействительным, незаключенным, полное исполнение обязательств сторон по Договору страхования или расторжение Договора страхования не влияют на обязательства сторон, вытекающие из настоящего раздела Правил.

17.11. Стороны обязуются обеспечивать правомерную передачу персональных данных друг другу, которая может осуществляться в следующих целях, а также целях, согласованных Сторонами отдельно:

17.11.1. выполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных законодательством или договорами Сторон;

17.11.2. участия одной из Сторон в процедурах закупок другой Стороны;

17.11.3. ведения деловых переговоров между Сторонами;

17.11.4. проявления Сторонами должной осмотрительности.

17.12. Сторона, передающая персональные данные, на основании соответствующего запроса, поступившего от получающей их Стороны письменно (нарочным или по электронной почте), обязана предоставить получающей Стороне подтверждение либо факта получения согласия субъектов на осуществление передачи и иной обработки их персональных данных, либо подтверждение наличия иных законных оснований для осуществления передачи и иной обработки персональных данных субъектов и подтверждение факта надлежащего уведомления субъектов о передаче и (или) иной обработке их персональных данных.

17.13. Стороны обязуются обеспечивать конфиденциальность и безопасность передаваемых друг другу персональных данных при их обработке в соответствии с требованиями применимого законодательства РФ.

17.14. Одна Сторона обязуется возместить другой Стороне убытки, причиненные этой Стороне вследствие нарушения по вине другой Стороны конфиденциальности и (или) безопасности передаваемых последней персональных данных при их обработке.