

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом № 6

от «22» января 2026 г.

Генеральный директор

АО «СК «Ю-Лайф»



А.В. Захаров

**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ № 42**

г. Москва, 2026

1. Общие положения. Определения	3
2. Субъекты и объекты страхования.....	6
3. Страховые риски. Страховые случаи.....	7
4. Общие исключения из страхового покрытия	7
5. Порядок заключения и оформления Договора страхования.....	9
6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии	13
7. Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат.....	14
8. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица.....	19
9. Последствия увеличения степени риска.....	21
10. Форс-мажор	22
11. Порядок рассмотрения споров	22
12. Заключительные положения	22

1. Общие положения. Определения

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней № 42 (именуемые в дальнейшем «Правила» или «Правила страхования») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (далее – РФ). Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования жизни Акционерным обществом «Страховая компания «Ю-Лайф» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»), созданным в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке. Договоры, заключённые в соответствии с настоящими Правилами, не участвуют в инвестиционном доходе Страховщика.

1.2. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Наименования и понятия, указанные в Договоре, имеют приоритетное значение при их толковании перед наименованиями и понятиями, полученными из других источников. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами или Договором страхования и не может быть определено исходя из законодательства РФ, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.3. Основные понятия, используемые в Правилах страхования:

1.3.1. Агрегатная страховая сумма – страховая сумма, размер которой установлен при заключении Договора страхования, уменьшается на размер суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком по всем страховым случаям по соответствующему страховому риску, по которому установлена такая страховая сумма, в течение всего срока действия Договора страхования.

1.3.2. **Болезнь (заболевание)** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованным лицом) в заявлении (декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведённых в период срока страхования.

1.3.3. **Выгодоприобретатель** - лицо, в пользу которого заключён Договор.

В случае смерти Застрахованного лица, если в Договоре не предусмотрен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Страхователь с согласия Застрахованного лица вправе производить замену Выгодоприобретателя в течение Срока действия Договора другим лицом или лицами по своему усмотрению. Выгодоприобретатель не может быть заменён другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о страховой выплате, за исключением случаев, когда замена Выгодоприобретателя происходит по его собственной воле по правилам, установленным законодательством РФ;

1.3.4. **Грипп** – острая инфекционная болезнь с аэрогенным механизмом передачи возбудителя, вызываемая вирусами гриппа А, В или С, характеризующаяся массовым распространением, кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением респираторного тракта. Входит в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

1.3.5. **Госпитализация** – помещение Застрахованного лица для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии. При этом госпитализацией не признается помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования, проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения.

1.3.6. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в пользу и в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования;

1.3.7. **Коронавирусная инфекция (COVID-19)** – инфекционное заболевание, вызываемое новым коронавирусом SARS CoV-2. Входит в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

1.3.8. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг с помощью телемедицинских технологий.

1.3.9. **Медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

1.3.10. **Обработчики** — агент(-ы), действующий(-ие) от имени Страховщика, а также другие третьи лица, действующие по поручению Страховщика на основании заключённых с ними договоров, для исполнения которых требуется обработка персональных данных Страхователя и(или) Застрахованного лица;

1.3.11. **Острые респираторные заболевания (ОРЗ)** – группа разнородных по локализации и этиологии воспалительных заболеваний дыхательных путей, включающая в себя острые респираторные инфекции и острые заболевания неинфекционной этиологии. По локализации делятся на заболевания верхних и нижних дыхательных путей. К острым респираторным заболеваниям относятся заболевания, сопровождающиеся катарально-респираторным синдромом.

1.3.12. **Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)** - группа инфекционных болезней вирусной этиологии, передающихся воздушно-капельным путем и протекающих с преимущественным поражением верхних, реже - нижних дыхательных путей с локализацией в них возбудителя.

1.3.13. **Период охлаждения** - период времени, в течение которого отказ Страхователя от Договора страхования влечёт за собой расторжение Договора страхования с момента его заключения. Длительность периода охлаждения устанавливается в Договоре страхования, при этом течение периода охлаждения начинается со дня заключения Договора страхования и составляет не менее 14 (четырнадцать) календарных дней;

1.3.14. **Пневмония (вирусная)** – острое воспаление респираторных отделов лёгких, вызываемые вирусными возбудителями, протекающее с синдромом интоксикации и дыхательных расстройств. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9.

1.3.15. **Предшествующее состояние** — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врождённая или приобретённая патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у Застрахованного лица на момент заключения Договора, либо проявлявшееся в течение 12 (двенадцати) месяцев до заключения Договора, или симптомы/признаки которого имелись у Застрахованного лица на дату заключения Договоров и в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного лица произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями;

1.3.16. **Событие медицинского характера** - проведение Застрахованному лицу любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у Застрахованного лица, выявленные заболевания, обращение Застрахованного лица в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным лицом любого лечения, проведённые операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное;

1.3.17. **Срок действия Договора страхования** и / или порядок его определения указывается в Договоре страхования.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, то срок действия Договора страхования начинается исчисляться с 00 часов 00 минут даты вступления Договора страхования в силу и оканчивается в 23 часа 59 минут последнего дня его действия.

1.3.18. **Срок страхования** (страхование, обусловленное Договором страхования, период действия страхового покрытия) - период времени, определяемый Договором, в течение которого произошедшее событие, из числа указанных в Правилах страхования (страховой риск) может быть признано страховым случаем, в результате чего у Страховщика возникнет обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, то срок страхования совпадает со сроком действия Договора страхования, при этом, досрочное прекращение действия Договора

страхования влечёт за собой прекращение сроков страхования по всем страховым рискам, включённым в Договор страхования.

1.3.19. **Стационарное лечение** – это нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в период действия Договора страхования.

При этом стационарным лечением не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей. Также не является стационарным лечением помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения;

1.3.20. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с Правилами и уплатившее страховую премию по Договору;

1.3.21. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования;

1.3.22. **Страховая сумма** - определённая Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая;

1.3.23. **Страховой риск** - предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами производится страхование;

1.3.24. **Страховой случай** - совершившееся событие в течение срока страхования (реализованный с соблюдением условий Правил и Договора страхования страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам при условии, что Страховщику предоставлены документы, которые подтверждают наступление такого события;

1.3.25. **Страховщик** — Акционерное общество «Страховая компания «Ю-Лайф», созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страховой деятельности на основании полученной в установленном порядке лицензии. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством РФ Страховщик заключает договоры добровольного личного страхования (далее и ранее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами или юридическими лицами любой формы собственности;

1.3.26. **Телемедицинские технологии** – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентом (Застрахованным лицом).

1.3.27. **Ю-онлайн** – информационный ресурс, личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица) на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет, предназначенный для обмена информацией и(или) документацией между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом), доступ к которому предоставляется исключительно Клиенту посредством использования средств аутентификации и идентификации.

1.4. На страхование не принимаются:

1.4.1. лица старше 65 (шестьдесят пяти) полных лет на дату начала страхования;

1.4.2. лица, употребляющие наркотические и/или токсические вещества без назначения врача, страдающие алкоголизмом, состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учёте;

1.4.3. лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, в том числе состоящие на учёте по этому поводу в психоневрологическом диспансере;

1.4.4. лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

1.4.5. лица, страдающие онкологическими заболеваниями на дату заключения Договора или, когда-либо в прошлом;

1.4.6. лица, у которых имели (имеют) место на дату заключения Договора или ранее заболевание(я), состояние(я), травма(ы) или дефект(ы), перечисленные в Декларации Страхователя/Застрахованного лица в составе Заявления на страхование, в составе Договора страхования, перечисленные в Анкете Застрахованного лица, а также лица, имеющие профессии

или увлечения, указанные в декларации, или подпадающие под иные указанные в декларации, анкете категории лиц (предшествующие заболевания/состояния).

Проведение медицинского анкетирования или предварительного медицинского обследования является правом Страховщика, которое он может реализовать в каждом конкретном случае или при заключении отдельных Договоров страхования. По результатам анкетирования или медицинского обследования Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица на страхование и/или принимать индивидуальные андеррайтерские решения, влекущие применение поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и Правилам страхования.

1.5. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в Декларации Страхователя/Застрахованного лица, Анкете Застрахованного лица или будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее в одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику/скрыл обстоятельства, перечисленные в п. п. 1.4.2 - 1.4.6 Правил и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса РФ.

1.6. При подписании Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) даёт согласие (в виде отдельно подписываемого документа) с тем, что Страховщик и действующие по его поручению Обработчики могут осуществлять следующие операции с персональными данными Страхователя и Застрахованного лица (далее – «ПДн»): сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

Данное согласие распространяется на обработку всех ПДн, содержащихся в Договоре страхования, а также иных документах, предоставленных Страховщику в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, в том числе данные о состоянии здоровья, сведения, предоставленные в связи с наступлением страхового случая, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также данные, которые были переданы Страховщику. Страховщик обрабатывает ПДн с целью оформления договора страхования и оказания услуг по договору страхования.

Согласие на обработку ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, а также в течение срока, установленного законодательством РФ и (или) номенклатурой дел оператора, после его прекращения. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

1.7. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что согласен на получение от Страховщика, его агентов, партнёров, иных уполномоченных им лиц сообщений, направленных в виде электронных писем на электронный адрес, который Страхователь предоставил Страховщику, а также смс-сообщений на предоставленный указанным лицам номер телефона, связанных с изменением, исполнением и/или расторжением настоящего Договора, а также текстовых сообщений рекламного и иного характера. Страхователь также даёт своё согласие Страховщику на осуществление аналогичного характера звонков на предоставленный им номер телефона. Заключая Договор, Страхователь подтверждает правильность указанного им электронного адреса и номера телефона, а также наличие бесперебойного доступа к ним.

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

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

2. Субъекты и объекты страхования

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству РФ имущественные интересы, связанные с жизнью и здоровьем Застрахованного

лица в результате заболевания гриппом, пневмонией или COVID-19, диагностированных в течение срока действия Договора страхования.

3. Страховые риски. Страховые случаи

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

3.2. Страховым случаем является предусмотренное Договором страхования свершившееся событие из числа указанных в п. 3.2 Правил страхования, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с Правилами страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в Разделе 4 Правил страхования):

3.2.1. Диагностирование заболеваний (грипп, пневмония, COVID-19) установление наличия у Застрахованного лица диагнозов грипп, пневмония или COVID-19, вызванных вирусами (бактериями) гриппа, пневмонии или SARS-CoV-2, диагностированных в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным врачом и подтвержденного данными рентгенографии, инструментальных и/или лабораторных исследований (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Диагностирование заболеваний**»).

3.2.2. Госпитализация с диагнозом грипп, пневмония или COVID-19, диагностированных в течение срока действия Договора страхования (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Госпитализация**»).

3.2.3. Смерть Застрахованного лица по причине гриппа, пневмонии или COVID-19, развившихся и диагностированных в течение срока действия Договора страхования (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Смерть по причине заболевания**»).

3.3. В случае, если в Договоре страхования не содержится полное описание риска, а указывается только его наименование, это означает, что полное описание данного риска содержится в Правилах страхования, и риском признается только то событие, которое соответствует описанию, содержащемуся в Правилах.

3.4. События, предусмотренные в п. 3.2 Правил, могут быть признаны страховыми случаями если они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 7 Правил.

4. Общие исключения из страхового покрытия

4.1. События, предусмотренные п. 3.2 Правил страхования, не являются страховыми случаями, если они произошли:

4.1.1. при совершении Застрахованным лицом (Страхователем) уголовного преступления, во время пребывания в местах лишения свободы или прохождения Застрахованным лицом военной службы;

4.1.2. в результате алкогольного и/или наркотического (токсического) поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная/токсическая кардиомиопатия, алкогольные/токсические поражения печени, алкогольные/токсические поражения почек, алкогольные/токсические поражения поджелудочной железы, алкогольная/токсическая энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие как при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов, так и наркотических, психотропных веществ или иных токсических веществ, т.е. страховое событие было прямо или косвенно вызвано заболеванием/состоянием, связанным с употреблением Застрахованным лицом алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ, а также любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

4.1.3. в результате предшествующих заболеваний, которые были диагностированы Застрахованному лицу (Страхователю) на момент заключения Договора страхования, по поводу которого Застрахованное лицо консультировалось или получало медицинскую помощь до заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда о данном заболевании/состоянии Страховщику стало известно до момента заключения Договора страхования в результате проведения предстрахового андеррайтинга;

4.1.4. в результате причин, прямо или косвенно связанных с самолечением и (или) отказом Застрахованного лица от назначенного лечения;

4.1.5. в результате лечения, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционную медицину;

4.1.6. несоблюдения Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и лечебноохранительного режима; отказа Застрахованного лица от предложенного лечения, в результате приведшее к смерти, инвалидности Застрахованного лица или затягиванию процесса выздоровления;

4.2. в результате самолечения Застрахованного лица, приведшего к ухудшению состояния здоровья, усугублению патологического процесса или наступлению события, указанного в п. 3.2 Правил. Событие, предусмотренное п. 3.2.3 Правил страхования, не является страховым случаем, если оно наступило в результате:

4.2.1. несвоевременного обращения Застрахованного лица за медицинской помощью по поводу заболевания впоследствии диагностированного как грипп, пневмония или COVID-19;

4.2.2. отказа Застрахованного лица от предложенного лечения, в результате приведшее к наступлению события, указанного в п. 3.2.3 Правил.

4.3. События, предусмотренные п. 3.2 Правил, также не являются страховыми случаями, если они произошли при следующих обстоятельствах:

4.3.1. в результате условно-патогенной инфекции или злокачественной опухоли, если на момент наступления события Застрахованное лицо имело Синдром Приобретенного Иммунодефицита.

4.3.1.1. «Синдром Приобретенного Иммунодефицита» обозначает понятие, принятое по определению Всемирной Организацией Здравоохранения (MMWR, 1992, 41 [RR-17]). Это состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции, включает в себя энцефалопатию ВИЧ (слабоумие) и синдром истощения ВИЧ. Сокращение ВИЧ обозначает вирус иммунодефицита человека.

4.3.1.2. «Условно-патогенная инфекция» включает, но не ограничивается термином «пневмоцистное воспаление легких», вызванное *pneumocystis carinii*, микроорганизмами, вызывающими хронические энтериты, вирусом и/или диссеминированными грибковыми инфекциями.

4.3.2. в результате заболевания, диагностированного до даты заключения Договора страхования, при условии, что Страховщик не был уведомлен о наличии этого заболевания при заключении Договора страхования.

4.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случае, если страховой случай наступил в результате:

4.4.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

4.4.2. умышленного причинения Застрахованным лицом (Страхователем) вреда жизни и здоровью самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо (Страхователь) был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц.

4.5. По риску «Госпитализация» (п. 3.2.2 Правил) также не является страховым случаем госпитализация Застрахованного лица в связи с (для):

– беременностью, родами или прерыванием беременности, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора страхования), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приобретенными при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины; пластическими и косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия договора);

– проведения медицинского обследования;

– пребывания Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения;

– задержанием Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами органов власти.

4.5.1. Госпитализация, медицинское лечение, а также медицинское обследование, не связанных с наступившим страховым случаем; получение лечения, связанного с профилактикой заболеваний.

4.5.2. Госпитализация Застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.

4.6. По рискам, указанным в п. 3.2 Правил страхования, не подлежат возмещению следующие расходы:

4.6.1. Расходы, связанные с лечением заболеваний.

4.6.2. Расходы, связанные с оказанием плановой формы медицинской помощи.

4.6.3. Расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом.

4.6.4. Расходы, связанные с лечением в санаториях и профилакториях, с размещением и лечением в домах инвалидов, водных, спа-, природных клиниках, санаториях или аналогичных заведениях, или больницах, проживание в которых фактически стало домом для Застрахованного лица или постоянным местом жительства, а пребывание Застрахованного в этих заведениях полностью или частично вызвано семейными причинами.

4.6.5. Расходы по уходу или лечению, связанные с вирусом иммунодефицита или ВИЧ-заболеваниями, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) или СПИД-ассоциированный комплекс, и прочими аналогичными инфекциями, заболевания, повреждения или показания, проистекающие из этих состояний, независимо от того, чем они были вызваны.

4.6.6. Расходы, связанные с проведением любого профилактического обследования, общих медицинских осмотров, прививок, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.6.7. Расходы, связанные с обследованием и лечением научно не признанными методами, а также расходы на приобретение несертифицированных лекарственных препаратов.

4.6.8. Расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии либо если действие лицензии было приостановлено.

4.6.9. Расходы на приобретение лекарственных препаратов, если таковые предписываются, состав которых скрывается составителем, а также расходы, связанные с приобретением пищевых продуктов, укрепляющих средств, средств для похудения и слабительных, выдаваемых по рецепту, косметических средств, минеральной воды и добавок к воде в ванне.

4.6.10. Расходы, возникшие в результате умысла Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

4.7. События, предусмотренные п. 3.2 Правил, также не являются страховыми случаями, если:

4.7.1. событие произошло до начала или после окончания срока страхования (исключение п. 7.5.3 Правил), или произошло за пределами территории страхования;

4.7.2. обращение за страховой выплатой подано до постановки точного диагноза.

4.7.3. Застрахованный обратился за страховой выплатой в связи с диагностированием ОРЗ или ОРВИ;

4.7.4. Застрахованный обратился за страховой выплатой в связи с диагностированием гриппа без проведения лабораторных исследований (анализ биологических материалов: кровь, моча, ПЦР-тест и др.), пневмонии – без проведения рентгенографии, лабораторных исследований (анализ биологических материалов: кровь, моча, посев мокроты на микрофлору и др.), COVID-19 — без проведения инструментальных (например, компьютерная томография) и лабораторных исследований (анализ биологических материалов: кровь, моча, ПЦР-тест, анализ на антитела типа М, G (ИФА или ИХА), и др.).

5. Порядок заключения и оформления Договора страхования

5.1. Основанием для заключения Договора страхования является заявление Страхователя. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы Договора страхования влечёт недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путём вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления Полиса, подписанного Страховщиком.

5.2. При подписании Полиса (соглашений о внесении изменений в Полис) Страховщик может использовать аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналог печати Страховщика, а также усиленную квалифицированную электронную подпись. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение, выполненное при помощи программного обеспечения.

Документы, подписанные указанным способом, имеет такую же юридическую силу, что и документы, подписанные оригинальной подписью.

5.3. Заявление на страхование предоставляется Страховщику в электронном виде, подписанное простой электронной подписью Страхователя, с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также личного кабинета

«Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

5.3.1. Договор страхования составляется в виде электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или с использованием личного кабинета «Ю-онлайн», размещённого на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (за исключением случая, когда у Страховщика возникают подозрения, что заключение Договора страхования осуществляется в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путём, или финансированию терроризма).

5.3.2. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, заключается посредством направления Страховщиком Страхователю страхового полиса или размещения в личном кабинете «Ю-онлайн» страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Договор считается заключённым Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии. Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым своё согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях

5.3.3. Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных п. 5.3.1 Правил, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

5.4. Предложение заключить Договор страхования может быть оформлено Страховщиком в виде публичной оферты. Публичная оферта должна содержать все существенные условия Договора.

5.5. Для заключения Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет Страховщику следующие сведения и (или) документы:

5.5.1. документы, удостоверяющие личность;

5.5.2. документы, удостоверяющие гражданство;

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

5.5.4. миграционную карту (если в соответствии с действующим законодательством РФ она должна была быть оформлена при пересечении данным иностранным гражданином или лицом без гражданства границы РФ);

5.5.5. анкету Застрахованного лица, в том числе, содержащую сведения о состоянии здоровья, виде и характере его деятельности (по требованию Страховщика);

5.5.6. документы и сведения, получение которых связано с требованиями законодательства РФ, в том числе, в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, документы, получаемые в целях идентификации лица, на которое распространяется законодательство иностранных государств о налогообложении иностранных счетов, в том числе, включая, но не ограничиваясь: идентификационный номер налогоплательщика лица, являющегося резидентом иностранного государства (TIN)- при наличии последнего, сведения о том, является ли Страхователь налоговым резидентом иностранного государства), а также документы и сведения, получение которых необходимо с выполнением иных требований, установленных законодательством РФ.

5.5.7. идентификационный номер налогоплательщика (далее — ИНН);

5.5.8. контактную информацию: номера телефонов, адрес электронной почты, адрес регистрации по месту жительства и фактический (почтовый) адрес, платёжные реквизиты.

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

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

5.7. Обстоятельствами, имеющими значение для определения страхового риска, признаются сведения, определённо оговорённые Страховщиком в Правилах, Договоре страхования, Декларации (Гарантии и заверения) Страхователя/Застрахованного лица, которая является неотъемлемой частью Договора страхования, Анкете Застрахованного лица (если Анкета была предоставлена Страхователю/Застрахованному лицу при заключении Договора или в течение срока его действия), а также в документах и сведениях, запрошенных Страховщиком при заключении Договора страхования в том числе (включая, но не ограничиваясь):

5.7.1. сведения о возрасте, поле, весе, росте, состоянии здоровья, сведения о диспансерном учёте (включая сведения, предусмотренные п. 1.4 Правил);

5.7.2. справки из лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения Договора;

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

5.7.4. копию (по запросу Страховщика — оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;

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

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

Страховщик вправе потребовать прохождения Застрахованным лицом медицинского осмотра (освидетельствования, обследования) для оценки состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счёт Страховщика.

5.8. Стороны вправе договориться о включении в Договор изменений, исключений отдельных положений Правил или о дополнении к ним. Все относящиеся к Договору анкеты, изменения, соглашения и дополнения, надлежащим образом оформленные Сторонами, а также Правила, являются неотъемлемой частью Договора.

5.9. Договор может содержать иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству РФ.

Все изменения к Договору осуществляются на основании двустороннего соглашения сторон и оформляются в виде Дополнительного соглашения к Договору или в одностороннем порядке путём отправки Страховщиком и(или) Страхователем уведомления о внесении изменений в Договор в случаях, предусмотренных Правилами страхования, а также законодательством РФ, если характер таких изменений позволяет осуществлять их в одностороннем порядке и не противоречит законодательству РФ. Изменение персональных данных Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя осуществляется Страховщиком на основании заявлений (уведомлений) указанных лиц без составления Дополнительного соглашения. Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя о внесении изменений в их персональные данные, содержащиеся в базе данных Страховщика, в сроки, установленные законодательством РФ и(или) внутренними документами Страховщика.

5.10. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой и(или) усиленной неквалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. Перечень документов и(или) информации и виды электронной подписи, которым могут быть подписаны предоставляемая Страховщику информация и(или) документы, указывается на официальном сайте Страховщика и (или) в Правилах.

5.11. Все письменные/электронные уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам/электронным адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов Стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.12. Договор страхования считается заключённым в момент уплаты страховой премии в соответствии с условиями выданного Страхователю страхового полиса.

Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем равным 1 (одному) году. Договор вступает в силу с даты, следующей за датой уплаты страховой премии в сумме, предусмотренной Договором страхования, если в Договоре страхования не установлен иной момент вступления Договора в силу.

При этом срок страхования (страховое покрытие) начинает действовать с даты, следующей за датой уплаты страховой премии, если в Договоре страхования не установлена иная дата начала страхования (страхового покрытия).

5.13. Если сторонами в Договоре не предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии или уплаты в меньшем размере, чем предусмотрено Договором, неуплата Страхователем страховой премии или уплата в меньшем размере влечёт не вступление в силу Договора страхования. Договор страхования считается недействующим, не влекущим для сторон правовых последствий, предусмотренных Договором.

5.14. Договор прекращается в случаях:

5.14.1. истечения срока действия Договора;

5.14.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объёме;

5.14.3. смерти Застрахованного лица по причине иной, чем страховой случай, а также при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим;

5.14.4. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

5.14.5. досрочного расторжения Договора по инициативе Страхователя (отказ от Договора страхования в силу п. 2 ст. 958 Гражданского кодекса РФ) или по взаимному соглашению Сторон. Договор считается прекратившим действие с 00 часов дня, следующего за днём получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или подписания Дополнительного соглашения соответственно, если иное не предусмотрено Правилами.

5.14.6. по соглашению Сторон;

5.14.7. в случае не предоставления Страховщиком информации о Договоре страхования по форме ключевого информационного документа об условиях добровольного страхования.

5.14.8. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.15. Страхователь имеет право отказаться от Договора добровольного страхования в течение Периода охлаждения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, при этом уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объёме.

5.16. Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

Возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, наличными деньгами или в безналичном порядке по выбору Страхователя.

5.17. Продолжительность Периода охлаждения определяется Договором страхования. Если в Договоре страхования такой период не указан, то он составляет 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования.

5.18. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в п. 5.14.6 Правил, порядок расчётов определяется в соглашении Сторон;

5.19. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причинам, указанным в п. 5.14.5 Правил, страховая премия не возвращается;

5.20. В случае прекращения Договора по причине, указанной в п. 5.14.7 Правил уплаченная Страхователем страховая премия (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страхователю в течение 7 (семи) рабочих дней с момента подачи Страховщику заявления об отказе от Договора страхования;

5.21. Досрочное расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключён, влечёт за собой прекращение обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с таким прекращением.

5.22. Правила страхования являются Приложением к Договору страхования, как его неотъемлемая часть. Договором страхования может быть предусмотрено, что Правила страхования подлежат размещению на сайте Страховщика в сети «Интернет» и содержать ссылку на адрес размещения Правил либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путём направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной

почты или путём вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещён файл, содержащий текст данного документа.

6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. Страховая сумма или способ её определения устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому из страховых рисков, включённых в Договор страхования.

6.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в течение срока страхования страховая сумма по страховым рискам, предусмотренным п. п. 3.2.1 и 3.2.3 Правил является постоянной, по риску, предусмотренному п. 3.2.2 Правил, страховая сумма является агрегатной.

6.4. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой суммы, в пределах которых может быть установлена страховая сумма в Договоре страхования, и вправе отказать Страхователю в заключении или изменении условий Договора, если после запрошенного изменения страховая сумма в Договоре страхования окажется ниже минимально установленной или выше максимальной страховой суммы, установленной Страховщиком.

6.5. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, – в иностранной валюте.

6.6. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, при «страховании в эквиваленте» страховая сумма устанавливается в валюте РФ в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте, рассчитанной по курсу Центрального Банка Российской Федерации (Банка России) на дату заключения Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.

6.7. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учётом порядка уплаты страховой премии. Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведённой им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

6.8. Страховая премия уплачивается в валюте РФ, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.9. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации (Банка России), установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчёту, если Договором страхования не установлен иной курс иностранной валюты и/или иная дата его определения.

6.10. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем только единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования.

6.11. Страховая премия должна быть уплачена в сроки, установленные Договором страхования.

6.12. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование, обусловленное Договором страхования (страховое покрытие), распространяется только на события, произошедшие после вступления в силу Договора страхования.

6.13. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днём уплаты страховой премии считается:

6.13.1. при уплате наличными денежными средствами – день уплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;

6.13.2. при безналичной уплате – дата списания денежных средств со счёта Страхователя.

7. Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат

7.1. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки наступления страхового случая, Страховщик по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) должен его проинформировать:

7.1.1. обо всех предусмотренных Договором и (или) Правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

7.1.2. о предусмотренных Договором и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

Информирование осуществляется способом, указанным в запросе Страхователя (Выгодоприобретателя), а в случае, если такой способ не указан - посредством направления информации на почтовый и фактический адрес, указанный в Договоре страхования.

7.2. При условии соблюдения Страхователем содержащихся в Правилах страхования и Договоре страхования положений, определений и ограничений и при установлении факта наступления страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.

7.3. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Выгодоприобретателя с приложением документов, предусмотренных Правилами страхования и/или Договором страхования, и страхового акта.

7.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключённым с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

7.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая выплата по страховым рискам, указанным в п. 3.2 Правил страхования, производится в следующем порядке:

7.5.1. По риску «**Диагностирование заболеваний**» (п. 3.2.1 Правил) страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной в Договоре страхования. Страховая выплата по данному риску осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в течение срока страхования в соответствии с перечнем заболеваний, предусмотренных п. 3.2.1 Правил.

7.5.2. По риску «**Госпитализация**» (п. 3.2.2 Правил) страховая выплата осуществляется в размере 2 500 (двух тысяч пятьсот) рублей в сутки с 1 (первого) дня госпитализации, но в пределах страховой суммы, установленной в Договоре страхования, до момента её исчерпания по всем страховым случаям. При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица по одному страховому случаю составляет 14 (четырнадцать) календарных дней.

7.5.3. По риску «**Смерть по причине заболевания**» (п. 3.2.3 Правил) страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования.

Если в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты прекращения Договора страхования произойдет страховое событие, повлекшее смерть Застрахованного лица в результате диагностированного в течение срока страхования заболевания, то случай будет признан страховым.

7.5.4. В случае если событие можно классифицировать одновременно как страховой случай по нескольким рискам, указанным в п. п. 3.2.1 – 3.2.3 Правил, выплата осуществляется по каждому из этих рисков.

7.5.5. После осуществления страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.2 Правил, обязательства Страховщика по данным рискам прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

7.6. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, согласно п. п. 7.15 и 7.16 Правил, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате.

7.7. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой Акт по установленной форме и утверждает его. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового Акта (признания случая страховым).

7.8. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате, Страховщик информирует об этом лицо, претендующее на получение страховой выплаты в письменном виде, в течение 3 (трёх) рабочих дней после принятия решения об отказе в выплате с указанием оснований принятия такого решения со ссылками на нормы права и(или) условие Договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объёме, в каком это не противоречит законодательству.

7.9. По письменному запросу Страхователя и(или) Выгодоприобретателя Страховщик в срок, не превышающих 30 (тридцати) дней, предоставляет ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе, копии документов и(или) выписки из них, на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация предоставляется в том виде, в каком это не противоречит законодательству.

Обязанность Страховщика, предусмотренная настоящим пунктом, считается исполненной с момента сдачи Страховщиком уведомления на почту, передачи курьеру или иной организации, осуществляющей доставку корреспонденции.

7.10. Днём выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке или дата выдачи их наличными из кассы Страховщика или его уполномоченного представителя.

7.11. Страховая выплата в размере, предусмотренном Договором, выплачивается Страховщиком при условии, что страховая премия уплачивалась Страхователем в размере и в сроки, которые установлены Договором.

7.12. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчёте суммы страховой выплаты, которая должна включать:

7.12.1. страховую сумму (её часть), подлежащую выплате;

7.12.2. порядок расчёта страховой выплаты;

7.12.3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведён расчёт.

7.13. Право на получение страховых выплат принадлежит лицу, в пользу которого заключён Договор страхования. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключён лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия Договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

Если Выгодоприобретатель умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего Выгодоприобретателя, если иное не предусмотрено Договором.

В случае отказа Выгодоприобретателя от права на получение страховой выплаты по Договору страхования, если в Договоре страхования не назначен другой Выгодоприобретатель, то страховая выплата производится Страхователю (наследникам Страхователя).

7.14. При наступлении страхового случая в связи со смертью Застрахованного лица в течение срока страхования (п. 3.2.3 Правил) получателем страховой выплаты является лицо, установленное в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица.

7.15. Для получения страховой выплаты Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования, должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, предусмотренного Договором страхования:

7.15.1. в случае смерти Застрахованного лица по причине заболевания (п. 3.2.3 Правил):

7.15.1.1. заявление по установленной Страховщиком форме;

7.15.1.2. копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.15.1.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя (оригинал или надлежащим образом заверенная копия), и надлежащим образом оформленный

документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.15.1.4. документ, удостоверяющий вступление в права на наследство (Свидетельство о праве на наследство по закону);

7.15.1.5. оригинал или его нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица;

7.15.1.6. официальный документ, содержащий причину смерти: окончательное медицинское свидетельство о смерти или другой документ, устанавливающий причину смерти (например, акт судебно-медицинского исследования);

7.15.1.7. оригинал или нотариально заверенная копия справки о смерти из ЗАГСа с указанием установленной причины смерти;

7.15.1.8. протокол патологоанатомического вскрытия с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;

7.15.1.9. выписка из медицинской карты амбулаторного и стационарного больного и/или копия медицинской карты (карт) Застрахованного лица за последние 5 (пять) лет, предшествующие страховому случаю, и за весь период (с даты первичного обращения) наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к смерти, содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.), заверенная заместителем главного врача по лечебной работе или другими уполномоченными лицами (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;

7.15.1.10. анкета лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя или их представителей), а также получателя страховой выплаты. Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения (Приложения № 3 и № 4 к Правилам).

7.15.2. В случае **госпитализации** Застрахованного лица для получения страховой выплаты по страховому случаю, указанному в п. 3.2.1 Правил, Страховщику должны быть предъявлены вне зависимости от причины наступления страхового случая:

7.15.2.1. заявление по установленной Страховщиком форме;

7.15.2.2. копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.15.2.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя (оригинал или надлежащим образом заверенная копия), и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.15.2.4. копия медицинской карты (карт) стационарного больного за весь период (с даты первичного обращения) наблюдения по поводу заболевания (грипп, пневмония или COVID-19), заверенная заместителем главного врача по лечебной работе или другими уполномоченными лицами (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;

7.15.2.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного (её заверенную копию по требованию Страховщика), содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.) за 5 (пять) лет, предшествующих наступлению страхового случая;

7.15.2.6. оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим, или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (результаты рентгенологической диагностики, цифровые носители результатов обследований и т.п.), подтверждающие факт наступления страхового случая.

7.15.3. В случае **диагностирования заболеваний (грипп, пневмония, COVID-19) (п. 3.2.1 Правил)**:

7.15.3.1. заявление по установленной Страховщиком форме;

7.15.3.2. копия Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.15.3.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя (оригинал или надлежащим образом заверенная копия), и надлежащим образом оформленный

документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.15.3.4. выписку из медицинской карты амбулаторного больного (её заверенную копию по требованию Страховщика), содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.) за 5 лет, предшествующих наступлению страхового случая;

7.15.3.5. копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы, которые были выданы по причине обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинское учреждение в течение срока страхования;

7.15.3.6. оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим, или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (результаты рентгенологической диагностики, цифровые носители результатов обследований и т.п.), подтверждающие факт наступления страхового случая.

7.15.3.7. документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного лица), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного лица на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция назначена впервые в период действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица.

В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтверждённый общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведённых диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведённое лечение;

7.15.3.8. материалы для гистологического исследования (где это применимо);

7.15.3.9. оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, терапевт, пульмонолог и т.п.) с указанием диагноза и рекомендаций;

7.15.3.10. выписка из стационара, подтверждающая сроки пребывания в стационаре, диагноз и проведённое лечение;

7.15.3.11. оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);

По требованию Страховой/Сервисной компании Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).

7.16. В дополнение к документам, перечисленным выше в п. 7.15 Правил, в зависимости от причины наступления страхового случая, предоставляются медицинские или иные документы, раскрывающие обстоятельства произошедшего события:

7.16.1. медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия Договора страхования заболевания, обстоятельства их получения/диагностирования, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия, а также медицинские документы об обследовании и лечении по поводу заболевания, содержащие полный клинический диагноз, сведения о времени начала заболевания (дате заболевания) и дате установления диагноза, сроки лечения и временной нетрудоспособности, связанных с ним предшествовавших заболеваниям, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза:

7.16.2. эпикризы из лечебных учреждений;

7.16.3. амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/работы;

7.16.4. результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, инструментальных, в том числе, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических исследований;

7.16.5. заключения и результаты консультаций медицинских специалистов; копия медицинского направления на лечение, протокол хирургического вмешательства;

7.16.6. сопроводительный лист скорой медицинской помощи;

7.16.7. журналы регистрации приёмных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных;

7.16.8. иные документы, необходимые для признания случая страховым:

7.16.8.1. справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза;

7.16.8.2. документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в момент страхового случая на территории страхования;

7.16.8.3. анкета лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица или их представителей), а также получателя страховой выплаты. Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения (Приложения № 3 и № 4 к Правилам).

7.16.9. если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, то предоставляется документ, удостоверяющий личность получателя выплаты (оригинал либо надлежащим образом заверенная копия). В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинается не ранее получения Страховщиком данного документа.

7.17. Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником, либо в электронной форме. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.

Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информации в электронной форме (уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для получения страховой выплаты может осуществляться с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в случае, если на официальном сайте размещена информация о возможности предоставления по данному продукту документов для рассмотрения вопроса о страховой выплате в электронной форме. Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных настоящей статьёй, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

7.18. Страховщик может осуществлять страховые выплаты на основании заверенных им копий оригиналов документов (п. 8.2.7 Правил), которые были представлены Страховщику для получения страховой выплаты согласно п. п. 7.15 и 7.16 Правил

7.19. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности/недостаточности фактически представленных документов и запросить недостающие документы/сведения/информацию (в соответствии с пунктами 7.15 и 7.16 Правил) в случае выявления им факта предоставления Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) предоставления ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) Договора страхования. Срок принятия решения по страховой выплате при этом начинается течь с даты предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

7.20. Страховщик обязан в письменной форме (по почтовому или электронному адресу, указанному в Договоре страхования, заявлении на выплату) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения комплекта документов либо последнего полученного Страховщиком документа.

7.21. Если событие, имеющее признаки страхового случая, произошло с Застрахованным лицом за пределами РФ, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские и иные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая с Застрахованным лицом, характер полученных им повреждений, с проставленным на них апостилем или с отметкой о прохождении консульской легализации (по требованию Страховщика). Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и по их переводу оплачивает получатель страховой выплаты.

7.22. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счёт проведение независимых экспертиз.

7.23. Страховщик имеет право приостановить рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность, но не предоставил Страховщику документы и информацию, необходимые для оценки причин страхового события, или предоставил недостоверную информацию. В дальнейшем Страховщик возобновляет рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, с момента получения всех необходимых документов.

7.24. Также в случае непредставления лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.25. В случае наличия противоречий в документах, предоставленных Страховщику в соответствии с п. п. 7.15 и 7.16 Правил для подтверждения факта страхового события, Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз для установления причин и обстоятельств смерти Застрахованного лица за счёт Страховщика.

7.26. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Выгодоприобретателем в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ и Договором страхования.

7.27. При «страховании в эквиваленте» страховая выплата производится в российских рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации (Банка России) на день выплаты (перечисления), если иное не указано в Договоре страхования. По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

7.28. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

7.29. В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

Исключение составляют случаи обращения за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель страховщиком принявшему страховой портфель Страховщику.

8. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами, условиями Договора, разъяснить ему условия, содержащиеся в Правилах и Договоре страхования;

8.1.2. рассмотреть вопрос о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты или отказе в выплате в соответствии с разделом 4 Правил страхования, а также иными условиями Правил страхования и/или положениями Договора страхования. При признании наступившего события страховым случаем Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

8.1.3. без согласия Застрахованного лица (Страхователя, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные и сведения об имущественном положении указанных лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;

8.1.4. направлять Страхователю уведомление в связи с изменением размеров страховой премии и/или страховых сумм.

8.1.5. по заявлению Страхователя на внесение изменений в Договор страхования подготовить дополнительное соглашение к Договору страхования и предоставить его для подписания Страхователю или уведомить Страхователя об отказе внести соответствующие изменения.

8.1.6. выполнять иные действия в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, предусмотренные действующим законодательством РФ и Правилами.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. проверять сообщаемую Страхователем/Застрахованным лицом информацию, в том числе о возрасте, состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений Правил и Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

8.2.2. требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате по Договору страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт Выгодоприобретатель;

8.2.3. отсрочить принятие решения о признании случая страховым или непризнании заявленного случая страховым, а также страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовного дела – до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

8.2.4. делать запросы в следственные органы и лечебные учреждения с целью получения документов об обстоятельствах наступления заявленного события (в том числе сведений, составляющих медицинскую тайну), а также требовать от Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину заявленного события;

8.2.5. провести собственное расследование любым доступным Страховщику способом, не противоречащим законодательству РФ;

8.2.6. если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового события, предусмотренного Договором страхования, то Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным;

8.2.7. в целях осуществления страховой выплаты сличить оригинал представленного документа с его копией и заверить подлинность этой копии;

8.2.8. не осуществлять операции по перечислению денежных средств, причитающихся Страхователю в рамках исполнения Договора страхования, в случае непредставления Страхователем документов и сведений, необходимых Страховщику в целях реализации требований законодательства РФ в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.9. требовать от клиента предоставления документов и сведений, необходимых для осуществления функций, предусмотренных действующими нормативными требованиями в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.10. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. при заключении Договора представить документы и сведения, необходимые для оценки страхового риска и заключения Договора, обеспечить получение Страховщиком требуемой им информации в течение срока действия Договора о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, необходимой для определения степени и особенностей риска наступления страховых случаев, а также предоставлять информацию необходимую для исполнения требований законодательства РФ в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах, о своем статусе доверительного собственника (управляющего) иностранной структуры без образования юридического лица, протектора;

8.3.2. уплачивать страховую премию в размерах и в сроки, определённые Договором;

8.3.3. получить письменное согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

8.3.4. уведомить Страховщика любым доступным Страхователю способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика):

8.3.4.1. о наступлении смерти Застрахованного лица (если Страхователь не является Застрахованным лицом) в срок не позднее 35 (тридцати пяти) календарных дней от момента, когда

Страхователю стало об этом известно. Обязанность сообщить о случае смерти Застрахованного лица может быть исполнена Выгодоприобретателем, если он намерен воспользоваться правом получения страховой выплаты;

8.3.4.2. об изменении информации, которая предоставлялась Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, в связи идентификацией Страхователя, осуществляемого Страховщиком в рамках реализации требований законодательства РФ в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма. В случае, если Страхователем не представлены Страховщику идентификационные сведения к сроку обновления таких сведений, то непредставление соответствующей информации Страховщик вправе расценить как неизменность сведений о Страхователе, установленных при его идентификации в рамках исполнения требований законодательства РФ в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения.

8.3.4.3. об изменениях существенных обстоятельств, влияющих на установление степени риска или наступление страхового случая в соответствии Правилами.

8.3.5. предоставить документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового события;

8.3.6. исполнять любые иные положения Правил, Договора и иных документов, закрепляющих правоотношения между Сторонами;

8.3.7. в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента заключения Договора информировать Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) о его правах и обязанностях по Договору;

8.3.8. представить сведения о Выгодоприобретателе в объёме и порядке, предусмотренном Страховщиком, в случае совершения операций к выгоде третьих лиц;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

8.4.2. получить дубликат Полиса в случае его утраты;

8.4.3. досрочно расторгнуть Договор;

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

8.4.5. вносить, по согласованию со Страховщиком, изменения в условия Договора;

8.4.6. требовать от Страховщика информацию, касающуюся его финансово-экономического состояния и не являющуюся коммерческой тайной.

8.5. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица).

9. Последствия увеличения степени риска

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска. Значительными изменениями в рамках Правил признаются изменения любых сведений из указанных в заявлении на заключение Договора страхования, анкете Застрахованного лица, финансовых и дополнительных анкетах, за исключением обстоятельств, связанных с состоянием здоровья.

9.2. Страховщик, уведомлённый об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) уведомляет Страховщика об отказе от изменений условий Договора страхования или доплаты страховой премии, либо в течение 10 (десяти) дней с даты получения требования Страховщика не сообщает о своём решении, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса РФ.

9.3. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем, предусмотренной в п. 9.1 Правил, обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и

возмещения убытков, причинённых расторжением Договора (п. 5 ст. 453 Гражданского кодекса РФ).

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

10. Форс-мажор

10.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Сторона, подвергшаяся их воздействию, вправе приостановить (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) исполнение обязательств по Договору.

10.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из Сторон немедленно информирует другую Сторону о возникшей ситуации и принятых для её урегулирования мерах.

10.3. Сторона, не исполнившая обязательств по уведомлению другой Стороны о начале воздействия обстоятельств непреодолимой силы, не вправе ссылаться на такие обстоятельства как основание освобождения от ответственности за неисполнение обязательств по Договору.

11. Порядок рассмотрения споров

11.1. Споры, возникающие между Страховщиками и Страхователем, подлежат разрешению судом (в соответствии с установленными законодательством РФ правилами о подсудности) или Финансовым уполномоченным.

11.2. Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении финансовых организаций, если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей (за исключением обращений, указанных в ст. 19 Федерального закона № 123-ФЗ от 10.04.2019 года), и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трёх) лет.

11.3. До направления финансовому уполномоченному обращения потребитель финансовых услуг должен направить в финансовую организацию заявление в письменной или электронной форме.

11.4. Финансовая организация обязана рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

11.4.1. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней;

11.4.2. в течение 30 (тридцати) дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

11.5. Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

11.6. Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа финансовой организации либо в случае неполучения ответа финансовой организации по истечении соответствующих сроков рассмотрения финансовой организацией заявления потребителя финансовых услуг, установленных законодательством.

11.7. Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

11.8. Принятие и рассмотрение обращений финансовым уполномоченным осуществляются бесплатно, за исключением обращений, поданных лицами, которым уступлено право требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации. В последнем случае рассмотрение обращения финансовым уполномоченным осуществляется за плату в размере, установленном Советом Службы.

12. Заключительные положения

12.1. Все денежные расчёты между Сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

12.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путём переговоров Сторон, а в случае невозможности достичь согласия – в порядке, предусмотренном законодательством РФ.