

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ПО ПРОДУКТУ «МАРИЯ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования жизни по страховому продукту «Мария» (далее именуемые «Правила») являются неотъемлемой частью договора страхования жизни, заключаемого ООО «ППФ Страхование жизни» (далее – Страховщик) со Страхователем (далее именуемого «договор страхования», «договор» или «страховой полис»).

1.2. По договору страхования жизни Страховщик обязуется за обусловленную договором плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором страховую сумму или ее часть в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного, наступления иных событий в жизни Застрахованного, а также его смерти.

1.3. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие термины:

1.3.1. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком на основании Правил.

1.3.2. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – физическое лицо в возрасте от 0 до 45 лет включительно, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в его жизни, а также его смерти.

Застрахованными по договору являются: женщина в возрасте от 18 до 45 лет включительно (далее также – Застрахованная-женщина), а также ее ребенок (дети), родившийся (родившиеся) у нее в течение действия договора страхования (далее также – Застрахованный ребенок, Застрахованные-дети).

1.3.3. **Выгодоприобретатель** – лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты.

1.3.4. **Страховая сумма** – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.3.5. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.3.6. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

1.3.7. **Страховой риск** – предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

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

1.3.9. **Страховая выплата** – денежная сумма, установленная договором страхования, выплачиваемая Страховщиком Страхователю, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в порядке, определенном Правилами и договором страхования.

1.3.10. **Срок страхования** - период времени, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Правилами и договором страхования.

1.3.11. **Болезнь (заболевание)** - нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, диагноз которого поставлен в течение срока страхования на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также подтвержденный лабораторными и инструментальными исследованиями.

1.3.12. **Смерть** – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

1.3.13. **Госпитализация** - нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате осложнений в состоянии здоровья Застрахованного, наступивших в течение срока страхования.

При этом госпитализацией 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 карантинном или иными превентивными мерами официальных властей, а также помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

1.3.14. **Медицинская экспертиза** – получение Страховщиком за свой счет консультации или независимого заключения специалиста и/или медицинского учреждения по результатам анализа и исследования медицинских документов и информации, предоставленных Застрахованным, а также результатов медицинского обследования Застрахованного. Медицинская экспертиза проводится для установления причин и обстоятельств заявленного события с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем.

1.3.15. **Врач** - специалист с законченным, и должным образом зарегистрированным, высшим медицинским образованием, не связанным родственными отношениями с Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, имеющий право на осуществление медицинской помощи и оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.3.16. **Беременность** - физиологический процесс, протекающий в организме женщины с момента оплодотворения яйцеклетки до родов, и не включает в себя родовой процесс.

1.3.17. **Осложнения во время беременности** – настоящие Правила выделяют 3 (три) группы осложнений, связанных с беременностью, при условии госпитализации Застрахованного, которые включают в себя следующие:

1-ая группа:

- чрезмерная или тяжелая рвота беременных, а также поздняя рвота беременных;
- отслойка плаценты;
- гестационный пиелонефрит;
- поражение печени во время беременности.

2-ая группа:

- внематочная (ек-ТОР-ihk) беременность;
- диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС синдром);
- мертворождение;
- пузырный занос (молярная беременность);
- преэклампсия -- вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией, эклампсия - гипертензия во время беременности;

- патологические отклонения в состоянии плода, аномалии или поражения плода, патология амниотической полости;
- самопроизвольный аборт (выкидыш);
- преждевременные роды;
- плацентарная недостаточность;
- ретрохориальная гематома, ретроамниотическая гематома (гематома в матке).

3-я группа:

- рвота беременных легкая или умеренная;
- угроза прерывания беременности (сохранение);
- кровотечение в ранние сроки беременности;
- кровотечение дородовое;
- аномальные продукты зачатия (погибшее плодное яйцо и непузырный занос, несостоявшийся выкидыш);
- другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью: венозные осложнения и геморрой во время беременности;
- инфекция мочеполовых путей при беременности;
- приобретенный сахарный диабет при беременности;
- осложнения с проведением анестезии в период беременности;
- впервые вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии или протеинурия без гипертензии;
- гипотензивный синдром у матери, требующий хирургического вмешательства;
- плацентарные нарушения, предлежание плаценты;
- аномалии органов таза, впервые установленные в период действия договора страхования и требующие медицинской помощи в условиях стационара.

1.3.18. **Осложнения после родов** – настоящие Правила включают в себя следующие осложнения при госпитализации Застрахованного:

- гипотоническое кровотечение, осложненное гистерэктомией;
- эндометрит;
- пиелонефрит;
- лактационный гнойный мастит;
- тромбоз тазовых вен;
- перитонит;
- сепсис.

1.3.19. **Отделение интенсивной терапии** - отделение больницы, в котором Застрахованный находится под постоянным наблюдением специального медицинского персонала, и которое специально оборудовано для лечения и непрерывного наблюдения за больным, который находится в критическом состоянии, или нуждается в системах жизнеобеспечения, и где уровень ухода и наблюдения за больным является значительно более сложным, чем в обычных отделениях.

1.3.20. **Госпитализация в отделение интенсивной терапии (реанимация) новорожденных** включает в себя: условия, требующие специфических диагностических, терапевтических процедур и процедур кормления, независимо от массы тела ребенка при рождении; респираторная терапия и/или обычная аппаратная вентиляция во время транспортировки в отделение интенсивной терапии новорожденных или в отделение высокоспециализированной медицинской помощи новорожденным - на рабочем месте; стабилизация состояния новорожденного до и вовремя транспортировки; постепенный отказ жизненно важных функций с вероятной длительностью менее 6 часов; бессимптомное течение генетических нарушений; лечение антибиотиками при стабильных генетических показателях; фототерапевтическое лечение гипербилирубинемии, если трансфузия не требуется.

1.3.21. **Врожденные хромосомные заболевания ребенка** – хромосомные заболевания, диагностированные при рождении ребенка, включают в себя следующие заболевания:

- синдром Дауна,
- синдром Эдвардса,
- синдром Патау,
- синдром Тернера,
- синдром Корнелии де Ланге,
- синдром Смита Лемли Опита.

2. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

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

2.2. Объектом страхования являются во противоречение законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного, наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также его смертью (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. Следующие события в жизни Застрахованной-женщины являются страховыми рисками и могут быть признаны Страховщиком страховым случаем, если они указаны в договоре страхования:

3.1.1. смерть Застрахованной женщины в течение срока страхования по любой причине (далее страховой риск/случай «**смерть Застрахованной женщины**»);

3.1.2. смерть Застрахованной женщины в результате осложнений во время беременности или в течение 90 дней после рождения ребенка (далее страховой риск/случай «**смерть Застрахованной женщины во время беременности или родов**»);

3.1.3. госпитализация Застрахованной женщины в результате осложнений во время беременности, перечисленных в п.1.3.17 Правил (далее страховой риск/случай «**госпитализация Застрахованной женщины во время беременности**»). Осложнения, не указанные в п.1.3.17, а также осложнения в здоровье Застрахованной женщины имеющие место быть до заключения договора страхования и усугубленные беременностью не являются страховым случаем;

3.1.4. госпитализация Застрахованного в отделение интенсивной терапии (реанимации) во время беременности или родов, при состоянии, требующем госпитализации в отделение интенсивной терапии в течение более чем 24 часов (далее страховой риск/случай «**реанимация Застрахованной женщины во время беременности или родов**»);

3.1.5. госпитализация Застрахованной женщины в результате осложнений после родов, перечисленных в п.1.3.18 Правил, в течение 90 дней после рождения ребенка (далее страховой риск/случай «**госпитализация Застрахованной женщины после родов**»).

3.2. Следующие события в жизни Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) являются страховыми рисками и могут быть признаны Страховщиком страховыми случаями, если они указаны в договоре страхования:

3.2.1. Госпитализация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) в отделение интенсивной терапии (реанимации) в результате осложнений во время родов, или в течение 72 часов после родов (далее страховой риск/случай «**реанимация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)**»);

3.2.2. врожденные хромосомные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей), перечисленные в п. 1.3.2.1 Правил (далее страховой риск/случай «**врожденные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)**»);

3.3. События, предусмотренные п. 3.1 и п. 3.2 Правил, могут быть признаны страховыми случаями:

- если они произошли в течение срока страхования;
- а по рискам, предусмотренным п. 3.1.3 («**госпитализация во время беременности**»), п. 3.1.4 («**реанимация во время беременности или родов**»), п. 3.1.5 («**госпитализация после родов**») и п. 3.2.1 («**реанимация ребенка (детей)**»), – в течение 35 дней после окончания срока страхования, если первый день непрерывной госпитализации произошел в течение срока страхования.

3.4. Если иное не предусмотрено договором не являются страховыми случаями события, предусмотренные в п. 3.1 Правил, если они произошли:

3.4.1. в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступлений;

3.4.2. в результате умышленных действий, направленных на наступление страхового случая, совершенных Застрахованным, Страхователем, Выгодоприобретателем или иным лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении страховой выплаты по договору страхования. При этом страховая выплата не производится тому (тем) Выгодоприобретателю (-лям) или наследникам, чье умышленное действие повлекло смерть Застрахованного;

3.4.3. в результате самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц;

3.4.4. в ходе войны, интервенции, военных действий, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того, была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское, либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти;

3.4.5. в результате употребления алкоголя, спирта, спиртосодержащих, щелочных, кислотных, токсических веществ, а также употребления Застрахованным наркотических, психотропных веществ или лекарственных средств, не совместимых с беременностью или без предписания врача, за исключением случаев непреднамеренного потребления этих веществ;

3.4.6. вследствие действий Застрахованного, совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, принятых без предписания врача;

3.4.7. в результате занятия Застрахованным любым видом спорта, за исключением видов спорта и физических нагрузок, рекомендованных врачом, наблюдающим беременность;

3.4.8. в ходе участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, с соблюдением правил авиационного обслуживания беременных женщин; непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

3.4.9. в результате воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или в результате использования ядерной энергии;

3.4.10. при управлении Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, либо при передаче Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;

3.4.11. вследствие ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний, связанных со СПИДом;

3.4.12. вследствие причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного, параличом, эпилептическими припадками, если они не явились следствием осложнений беременности;

3.4.13. при пребывании Застрахованного в местах лишения свободы, а также в местах предварительного заключения;

3.4.14. в результате прерывания беременности (аборта) при отсутствии медицинских показаний, а также прерывания беременности (аборта) не квалифицированным врачом и/или вне медицинского стационара.

3.4.15. в случае уклонения Застрахованной женщины от выполнения родительских обязанностей, отказа без уважительных причин взять своего ребенка из родильного дома (отделения) либо из иной медицинской организации, образовательной организации, организации социального обслуживания или из аналогичных организаций, а также лишения ее родительских прав.

3.5. События, предусмотренные в п. 3.4 Правил, признаются таковыми на основании решения/приговора суда, вступившего в законную силу, постановления прокуратуры или иных документов, выданных медицинскими, правоохранительными и иными компетентными органами в установленном законодательством РФ порядке.

3.6. **Территория страхования** по Правилам является **весь мир**.

3.7. **Страхование по договору**, заключенному на основании Правил, **действует 24 часа в сутки**.

3.8. В договоре страхования могут быть предусмотрены иные события, которые не будут являться страховыми случаями.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ).

4.1. **Страховая сумма** устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (Страховом полисе).

4.2. **Страховая премия** оплачивается в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования (Страховом полисе).

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им и представленные в орган страхового надзора **страховые тарифы**, рассчитанные с учетом степени страхового риска, возраста Застрахованного, срока страхования, периодичности уплаты страховых взносов, установленной при расчете страхового тарифа.

4.4. **Страховая премия** уплачивается Страхователем в рублях РФ единовременно разовым платежом за весь срок страхования путем безналичных расчетов или наличными деньгами, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования, по реквизитам Страховщика, указанным в договоре страхования.

4.5. **Датой оплаты** страховой премии Страховщику является • при наличных расчетах – дата уплаты в полном объеме денежных средств Страховщику. При этом, при оплате наличными через платежных агентов в соответствии с действующим законодательством о деятельности по приему платежей физических лиц, осуществляемой платежными агентами, датой оплаты страховой премии является дата

выдачи плательщику кассового чека платежным агентом в соответствии с нормативными требованиями;

- при безналичных расчетах – если оплата осуществляется через платежного агента Страховщика, дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном размере; если оплата осуществляется иным безналичным способом, дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в договоре страхования.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

5.1. При заключении договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска), а также другую информацию, требуемую при заключении договора страхования и документами, определенными п. 5.3.

5.2. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе, например, возраст Застрахованного лица, состояние его здоровья, его профессия, заболевания, хобби и т.п.

5.3. Страховщик при заключении договора страхования вправе дополнительно к сведениям, указанным в договоре страхования, запросить следующие сведения и документы в отношении Застрахованного и Страхователя для оценки страхового риска:

- копию паспорта либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- документы, подтверждающие право пребывания на территории РФ, виза, разрешение на временное проживание на территории РФ, миграционная карта, разрешение на работу, вид на жительство, свидетельство (уведомление) о постановке данного иностранного гражданина на учет в налоговом органе, либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации;

- сведения о состоянии здоровья Застрахованного (включая результаты последнего врачебного осмотра, выписку по заболеваниям, в т.ч. послеоперационные, результаты анализа мочи, крови, биопсии, теста на ВИЧ, фиброскопирования, фибротестирования, колоноскопии кишечника, анализа на HCV-антитела, HCV-RНК, альфафетопротеина, HbSAg, HBV-DНК, результаты гистологического исследования, ЭКГ в покое и с нагрузкой (тредилл тест или велоэргометрия), ЭхоКГ+ Допплер-Эхокардиография; результаты УЗИ различных органов. Рентгена. МРТ, ФВД. маммографии молочных желез, компьютерной томографии. коронарной ангиографии, изотопной вентрикулографии, внутривенной пиелографии, электроэнцефалографии (ЭЭГ), эндоскопического исследования, анамнеза состояния здоровья родственников (семейный анамнез), суточного мониторирования ЭКГ, АД (ХОЛТЕР), аудиограммы (слух, дб); документы по заболеванию, на основании которого присвоена группа инвалидности (направление лечебного учреждения на МСЭК);

- сведения о профессиональной деятельности Застрахованного с описанием должностных обязанностей, характера и обстоятельств трудовой деятельности, в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика; копия трудовой книжки, трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг), копии документов, подтверждающие статус военнослужащего или государственного служащего, копия иного документа, подтверждающего трудоустройство Застрахованного;

- сведения о финансовом состоянии Застрахованного, документы, подтверждающие величину дохода Застрахованного в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика;

- сведения о характере, регулярности и обстоятельствах свободного времяпрепровождения Застрахованного в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика.

5.4. Договор страхования не заключается в отношении следующих женщин, если иное не предусмотрено договором страхования:

- больных сахарным диабетом, эпилепсией, пороком сердца, гипертонической болезнью с нарушением кровообращения, болезнью легких с дыхательной недостаточностью, хронической почечной недостаточностью, аутоиммунными заболеваниями (красная волчанка, острые формы ревматизма, цирроз печени); заболеваниями эндокринной системы в острой форме, заболеваниями, характеризующимися нарушением свертываемости крови или онкологическими заболеваниями;
- употребляющих с момента, когда стало известно о беременности алкоголь, наркотики, табачные изделия, а также лекарственные препараты не совместимые с беременностью;
- имеющих медицинские противопоказания (абсолютные и относительные) для беременности;
- больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);
- имеющих диагностированные психические заболевания или расстройства;
- состоящих в близкородственной связи с отцом ребенка (отец ребенка приходится Застрахованной кровным отцом, сыном или братом);
- имеющих в анамнезе преэклампсию или эклампсию, а также диагностированные хромосомные аномалии и (или) пороки развития у плода по результатам анализа амниотической жидкости или анализа пуповинной крови, или биопсии хориона в текущую или в прошлые беременности, либо наличие рожденных детей с такими аномалиями;

- занятых в работах на конвейере; на станке, требующих значительных физических усилий или связанных с сильной вибрацией; с большим физическим напряжением; с поднятием и переносом тяжестей (более 10 кг); с сильным шумом; с контактом с химическими и токсическими веществами;

- имеющих наследственные хромосомные заболевания со стороны биологического отца или матери будущего ребенка, если о таких известно Застрахованной женщине на дату заключения договора;

- имеющих осложнения текущей беременности, приведшие к госпитализации до заключения договора страхования;

- не состоящих на учете по беременности при сроке беременности свыше 12 недель.

5.5. В случае заключения договора в отношении лиц, указанных в п. 5.4. Правил, такой договор считается досрочно прекратившим свое действие по соглашению сторон с даты его заключения, уплаченные денежные средства возвращаются плательщику на основании его письменного заявления.

5.6. В отношении лиц, указанных в п. 5.4 Правил, Страховщик имеет право заключить договор страхования на особых условиях, согласованных со Страхователем.

5.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского Кодекса РФ.

5.8. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя путем составления одного документа - договора страхования (страхового полиса), подписанного Страховщиком и Страхователем.

5.9. При подписании договоров страхования (страховых полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать договоры страхования (страховые полисы) и приложения к ним.

Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в договорах страхования (страховых полисах) и приложений к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и пр.), признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

5.10. **Срок страхования** в отношении Застрахованной женщины начинается с 00ч.00 мин. даты, следующей за датой оплаты всей суммы страховой премии, но не ранее даты начала действия договора страхования, в отношении Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) - срок страхования начинается с даты рождения последнего (последних) и действует до окончания срока действия договора страхования.

5.11. **Срок действия договора страхования** начинается с даты его заключения. Дата окончания действия договора страхования определяется следующим образом: день и месяц даты окончания равны дню и месяцу даты заключения договора, а год даты окончания равен году даты заключения договора, увеличенному на 1 (один) год.

5.12. При непоступлении Страховщику единовременной премии в установленный договором страхования срок, договор страхования считается несостоявшимся и выплаты по нему не производятся. В случае уплаты страховой премии не в полном размере полученная Страховщиком сумма возвращается Страхователю, при этом Страховщик вправе удержать сумму в размере убытков, понесенных при заключении несостоявшегося договора страхования (расходы на комиссию банку по перечислению возвращаемого страхового взноса и т.п.).

5.13. Действие договора страхования прекращается:

5.13.1. по истечении срока действия договора;

5.13.2. при выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

5.13.3. по требованию (инициативе) Страховщика - в случае, предусмотренном п. 6.3.2 Правил.

5.13.4. по инициативе Страхователя;

5.13.4.1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии путем отправки письменного заявления об отказе от страхования в адрес Страховщика и потребовать возврата уплаченной страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Датой отказа Страхователя от договора страхования признается дата сдачи Страхователем письменного Заявления, адресованного Страховщику, в организационной связи. Если отказ Страхователя от договора страхования выражен в форме письменного Заявления, поданного Страхователем нарочным уполномоченному представителю Страховщика, датой отказа Страхователя от договора страхования признается дата принятия уполномоченным представителем Страховщика соответствующего письменного Заявления.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения. Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. Возврат премии производится наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

5.13.4.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.5.13.4.1, предупредив Страховщика о намерении досрочного прекращения договора не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если стороны не согласовали иной срок.

Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30-го дня с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата прекращения договора страхования является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.13.5. по соглашению сторон:

о намерении досрочно прекратить действие договора страхования стороны уведомляют друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

5.13.6. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным в п. 3.4 Правил;

5.13.7. смерти Страхователя (физического лица), если иное лицо не примет на себя обязанности Страхователя по договору страхования, указанные в п. 6.2 Правил.

5.14. При досрочном прекращении действия договора, выплата выкупной суммы не производится, **уплаченные взносы возврату не подлежат, за исключением следующих случаев:**

5.14.1. при отказе Страхователя от договора страхования в соответствии с п.5.13.4.1 Правил;

5.14.2. при расторжении договора на основании п.5.13.6 Правил. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной им страховой премии пропорционально неистекшему периоду страхования;

5.14.3. если расторжение договора произошло по требованию Страхователя в связи с нарушением Страховщиком условий договора страхования. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной им страховой премии пропорционально неистекшему периоду страхования.

5.15. Все уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением договорных правоотношений направляются по адресам, указанным сторонами способом, позволяющим подтвердить факт отправки, и/или путем размещения информации в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.prfinsurancse.ru или по ссылке <https://my.prfinsurancse.ru/>. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику через «Личный кабинет», находящийся в сети Интернет по адресу: my.prfinsurancse.ru или по ссылке <https://my.prfinsurancse.ru/>, и подлинная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - 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. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны одновременно известить друг друга об этом. Если какая-либо из сторон не была известена 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.

5.16. Все данные о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. **Страхователь имеет право:**

6.1.1. ознакомиться с Правилами страхования, и получить их на руки;

6.1.2. получить разъяснения по заключенному договору страхования;

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

6.1.4. отказаться от договора страхования в порядке, предусмотренном пунктами 5.13.4.1, 5.13.4.2. Правил

6.2. **Страхователь обязан:**

6.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

6.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику все необходимые данные о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных), указанные в договоре страхования, необходимые для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

6.2.3. в течение 30 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, указанного в п. 3.1 Правил, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов (обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным лицом может быть исполнена Выгодоприобретателем);

6.2.4. возместить полученную страховую выплату в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты. Такая же обязанность лежит на Выгодоприобретателе;

6.2.5. сообщать в письменном виде Страховщику:

• об изменении своего адреса регистрации;

• об изменении паспортных данных (реквизитах) Страхователя.

6.2.6. называть своего представителя, проживающего в Российской Федерации, если Страхователь (Застрахованный) более трех месяцев находится за пределами Российской Федерации. Представитель должен быть наделен правом принимать сообщения Страховщика;

6.2.7. знакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по договору страхования.

6.3. **Страховщик имеет право:**

6.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованными, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

6.3.2. если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, а также предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признание договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского Кодекса РФ;

6.3.3. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в соответствующие организации и учреждения, а также компетентные органы, медицинские и иные организации об обстоятельствах наступления страхового случая, а также требовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая, а также организовывать проведение независимых экспертиз, в т.ч. медицинских экспертиз;

6.3.4. приостановить срок принятия решения о страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в связи с обстоятельствами, относящимися к событию, обладающему признаками страхового случая, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

6.3.5. приостановить срок принятия решения о страховой выплате до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем;

6.3.6. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы Застрахованного, если таковые назначались Страховщиком;

6.3.7. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения документов на выплату, оформленных в полном соответствии с требованиями п.7.11. Правил;

6.3.8. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами, договором страхования, действующим законодательством РФ;

6.3.9. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и договора страхования.

6.4. **Страховщик обязан:**

6.4.1. По требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договоре страхования;

6.4.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением договора страхования;

6.4.3. при наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, после получения всех необходимых документов, принять решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и произвести страховую выплату при признании заявленного события страховым случаем в сроки, предусмотренные в п.7.15 Правил страхования;

6.4.4. письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о приостановлении принятия решения о страховой выплате с указанием срока.

6.5. **Застрахованный имеет право:**

6.5.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу;

6.5.2. в случае смерти Страхователя - физического лица по соглашению с Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п.6.2 Правил страхования.

6.6. **Застрахованный обязан:**

6.6.1. По требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы.

6.6.2. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованный обязан:

6.6.3. Незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда.

6.6.4. При появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю.

6.6.5. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованный обязан пройти по направлению и за счет Страховщика медицинское обследование, если такое обследование назначалось Страховщиком.

6.7. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица, права и обязанности, определенные этим договором, могут перейти к этому лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанности по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, выполняющим в соответствии с законодательством РФ обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного.

6.8. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) по договору страхования не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

7.1. При наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика в течение **30 суток**, начиная со дня, когда любому из указанных лиц стало известно о наступлении страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

7.2. В случае если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не известили Страховщика в 30-дневный срок, при отсутствии объективных причин, препятствующих этому, Страховщик вправе отказать в выплате по данному событию в соответствии с п.2 ст. 961 Гражданского Кодекса РФ.

7.3. **Размер страховой выплаты** устанавливается исходя из установленной в договоре страхования страховой суммы.

7.3.1. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«смерть Застрахованной женщины»** размер страховой выплаты составляет 100% страховой суммы. Страховая выплата осуществляется единовременно.

7.3.2. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«смерть Застрахованной женщины во время беременности или родов»** размер страховой выплаты составляет 100% страховой суммы. Страховая выплата осуществляется единовременно.

7.3.3. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«госпитализация Застрахованной женщины во время беременности»** размер страховой выплаты осуществляется по 1 (первой) группе осложнений в размере 0,15% от страховой суммы за каждый день непрерывного нахождения Застрахованного на стационарном лечении, начиная со 3-го дня госпитализации, но не более 15 дней за весь срок страхования; по 2 (второй) группе осложнений в размере 0,3% от страховой суммы за каждый день непрерывного нахождения Застрахованного на стационарном лечении, начиная с 3-го дня госпитализации, но не более 30 дней за весь срок страхования; по 3 (третьей) группе осложнений в размере 0,5% от страховой суммы, но не более одного раза в течение срока страхования. При непрерывной госпитализации по более чем одной группе осложнений выплата осуществляется по одной группе осложнений, предполагающей максимальный размер страховой выплаты. При непрерывной госпитализации по двум и более группам осложнений выплата осуществляется по одной группе осложнений, предполагающей максимальный размер страховой выплаты.

7.3.4. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«реанимация Застрахованной женщины во время беременности или родов»** размер страховой выплаты осуществляется в размере 0,4% от страховой суммы за каждый день нахождения Застрахованного в отделении интенсивной терапии, не более 10 дней за весь срок страхования.

7.3.5. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«госпитализация Застрахованной женщины после родов»** размер страховой выплаты составляет 100% страховой суммы, но не более одной госпитализации в течение срока страхования. Страховая выплата осуществляется единовременно.

7.3.6. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«реанимация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)»** размер страховой выплаты осуществляется в размере 0,4% от страховой суммы за каждый день нахождения Застрахованного в отделении интенсивной терапии, не более 10 дней за весь срок страхования.

7.3.7. При наступлении с Застрахованным страхового случая **«врожденные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)»** размер страховой выплаты осуществляется в виде ежегодной ренты (аннуитета) в размере 100% страховой суммы, выплачиваемой в течение 3(трех) лет в соответствии с п.7.4.1.4, при условии, что ребенок жив.

7.4. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

7.4.1.1. для случая «смерть Застрахованной женщины», предусмотренного п. 3.1.1 Правил:

- оригинал договора страхования (страхового полиса);
- заявление по установленной форме;
- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
- документы, подтверждающие факт наступления страхового случая (медицинское свидетельство о смерти или копия акта судебно-медицинской экспертизы, или протокол вскрытия, посмертный эпикриз);
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию).

7.4.1.2. для случая «смерть Застрахованной женщины во время беременности или родов», предусмотренного п. 3.1.2 Правил:

- оригинал договора страхования (страхового полиса);
- заявление по установленной форме;
- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию);
- документы, подтверждающие факт наступления страхового случая (медицинское свидетельство о смерти или копия акта судебно-медицинской экспертизы, или протокол вскрытия, посмертный эпикриз или заверенная ЛПУ копия стационарной карты).

7.4.1.3. для случаев «госпитализация Застрахованной женщины во время беременности», «реанимация Застрахованной женщины во время беременности или родов», «госпитализация Застрахованной женщины после родов», «реанимация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)» предусмотренных пп.3.1.3-3.2.1 Правил:

- заявление по установленной форме;
- копия документа, подтверждающего личность заявителя;
- заверенная ЛПУ копия стационарной карты, обменной карты Застрахованной женщины.

7.4.1.4. для случая «врожденные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)» предусмотренных пп.3.2.2 Правил: первая выплата ренты осуществляется в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты предоставления Страховщику следующих документов:

- заявление по установленной форме;
- копия документа, подтверждающего личность заявителя;

• заверенная ЛПУ копия стационарной карты Застрахованного ребенка и стационарной и обменной карты Застрахованной женщины; вторая и третья выплаты осуществляется не позднее дат, соответствующих числу и месяцу даты рождения ребенка, при условии предоставления не позднее 14 (четырнадцати) рабочих дней до даты выплаты следующих документов Страховщику:

- «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» ребенка, выданное нотариусом не ранее чем за три месяца до даты подачи документа Страховщику.
- 7.5. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:
 - выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения или женской консультации, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикреплении к данному лечебному учреждению и диагнозами, и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение;
 - свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию);
 - постановление о возбуждении /отказе в возбуждении уголовного дела.

7.6. **Выгодоприобретателем** по всем рискам, указанным в договоре страхования, в соответствии с настоящими Правилами является Застрахованная женщина, а в случае ее смерти законным представителем Застрахованного ребенка (Застрахованных детей), а в случае смерти и Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) – наследники Застрахованной женщины. Страховая выплата в последнем случае осуществляется пропорционально наследственным долям Выгодоприобретатели.

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

7.7. Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении вреда здоровью Застрахованного, исключаются из списка Выгодоприобретатели.

7.8. При решении суда о признании Застрахованного умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на срок страхования. При решении суда о признании Застрахованного безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

7.9. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний в возрасте до 18 лет, то причитающаяся страховая выплата передается на банковский счет Выгодоприобретателя с уведомлением его законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей), если иное не предусмотрено условиями договора.

7.10. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 7.4 Правил.

7.11. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод на русский язык. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе приостановить срок принятия решения о страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества. Медицинские документы (справки, выписки, заключения) оформляются в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений утвержденного Приказом Минздрава России, с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписываются врачом (фельдшером, акушеркой), заверяются личной печатью врача и печатью медицинской организации, в отпуске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации. Копии медицинских документов должны быть заверены нотариально или медицинским учреждением, выдавшим их.

7.12. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания наступившего с Застрахованным события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

7.13. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения, но не более указанных в пп.7.4-7.5 Правил, а также назначить медицинское обследование Застрахованного и проводить экспертизу представленных документов, в т.ч. медицинскую экспертизу, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая.

7.14. Страховщик обязан письменно уведомить лицо, обратившееся за выплатой страхового возмещения, о приостановлении рассмотрения документов с указанием срока.

7.15. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, указанных в пп. 7.4-7.5.7.13 Правил, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы в соответствии с п.7.13, если такие назначались Страховщиком, Страховщик:

- 7.15.1. в случае признания произошедшего события страховым случаем осуществляет страховую выплату;
- 7.15.2. принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщает Страхователю.

7.16. Страховая выплата производится перечислением на банковский счет Страхователя /Выгодоприобретателя или иным способом согласно действующему законодательству РФ. Обязательства страховщика считаются исполненными в день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

7.17. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ.

8.1. Все споры по договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) дней со дня ее получения.

8.2. При недостижении взаимного согласия сторон по урегулированию споров в претензионном порядке все споры по договору страхования разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам.

8.4. Право на предъявление требования к Страховщику о страховой выплате, а также на предъявление любых других требований, вытекающих из договора страхования, прекращается с истечением установленного законодательством срока исковой давности.