

УСЛОВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ПО ПРОДУКТУ «ВАРИАНТ+» (А1)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор добровольного страхования от несчастных случаев (далее - НС) по продукту «ВАРИАНТ+» (далее - договор, договор страхования) заключается в соответствии с положениями Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 2 ООО «ППФ Страхование жизни», утвержденных 31 декабря 2019 года (далее - Правила). В случае расхождений между положениями настоящих Условий договора добровольного страхования от несчастных случаев по продукту «ВАРИАНТ+» (далее - Условья) и Правил применяются положения Условий. Правила являются неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Условьями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе Условий, если в Условьях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. В Условьях используются следующие определения, введенные дополнительно к определениям, данным в Правилах:

1.4. Возраст Застрахованного рассчитывается как разница между годом начала действия договора и годом рождения Застрахованного.

1.5. Договор по продукту «ВАРИАНТ+» заключается между Страховщиком и Страхователем в отношении одного Застрахованного лица.

1.6. По продукту «ВАРИАНТ+» Застрахованным может быть дееспособное физическое лицо в возрасте в возрасте на момент начала действия договора от 18 до 70 лет (включительно).

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховые риски, входящие в состав Программы по договору страхования перечислены в разделе «Программа страхования» страхового полиса из числа предусмотренных разделом 4 Полиса.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

3.1. Страховые суммы зафиксированы в страховом полисе в разделе «Программа страхования», при этом:

3.1.1. по страховому риску **«госпитализация в результате НС»** страховая сумма определяется в рублях за один день непрерывного нахождения в стационаре с третьего по девяносто второй день включительно;

3.1.2. по страховому риску **«госпитализация в результате НС с прогрессивной выплатой»** страховая сумма определяется в рублях за один день непрерывного нахождения в стационаре:

3.1.2.1. с третьего по тридцатый день включительно - в одинарном размере,

3.1.2.2. с тридцать первого по шестидесятый день включительно - в двойном размере,

3.1.2.3. с шестьдесят первого по девяносто второй день включительно - в тройном размере от страховой суммы, указанной в страховом полисе по риску «госпитализация в результате НС с прогрессивной выплатой».

3.1.3. страховая сумма по страховому риску **«смерть в результате ДТП»** устанавливается в размере 50% от страховой суммы, указанной в страховом полисе по страховому риску «смерть в результате НС». Страховая сумма по страховому риску **«инвалидность в результате ДТП»** устанавливается в размере 50% от страховой суммы, указанной в страховом полисе по страховому риску «инвалидность в результате НС».

3.2. По итогам оценки страхового риска Застрахованного, с учётом профессиональных, финансовых, территориальных рисков и иных факторов Страховщик вправе установить предельные страховые суммы по заявленному на страховании рискам, увеличить тариф или предложить иные особые условия.

3.3. При отсутствии отметки в Заявлении о страховании о согласии Страхователя с уменьшением страховых сумм по результатам оценки риска, Страховщик уведомляет Страхователя об изменении Программы страхования. Если при этом размер страховой премии увеличился, Страхователь обязан оплатить разницу в течение 30 (тридцати) дней с даты заполнения Заявления о страховании при условии получения уведомления. Если страховой взнос уменьшился в результате изменения Программы страхования, то излишне оплаченные денежные средства подлежат возврату плательщику в течение 14 (четырнадцати) дней с даты получения Страховщиком оригинала заявления на возврат средств в установленной Страховщиком форме.

3.4. Страховая премия рассчитывается в зависимости от выбранной Программы страхования, профессии Застрахованного, увлечений Застрахованного, места проживания (территории), и другой информации, указанной в Заявлении о страховании,

в соответствии с тарифами Страховщика и указывается в графе «Итого страховая премия (рубли)» договора (полиса).

3.5. Страховой тариф определяется в размере ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем одного документа – страхового полиса. Заявление Страхователя является неотъемлемой частью договора. При расхождении положений заявления и страхового полиса применяются положения полиса.

Стороны договора согласны с тем, что при подписании договора страхования (страхового полиса), приложений к нему, дополнительных соглашений и других документов, относящихся к договору страхования, Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств электронного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписи лица, уполномоченного от имени Страховщика подписывать договоры страхования (страховые полисы).

Страховой полис составляется и подписывается в двух идентичных экземплярах (для Страховщика и Страхователя), имеющих равную юридическую силу. При несоответствии отметки о выборе программы страхования, рисков и/или страховой суммы в разделе «Программа страхования» в экземпляре полиса Страховщика и в экземпляре полиса Страхователя преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в экземпляре полиса Страховщика.

4.2. Договор может быть заключен сроком на 1 год. Дата окончания 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.

4.3. Срок действия договора указан в страховом полисе.

4.4. Страхователь обязан оплатить страховую премию единовременно в полном объеме в течение 5 (пяти) календарных дней с даты заключения договора (при первичном заключении договора) и не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты начала действия договора по возобновленному договору наличным или безналичным путем. Если в течение 5 (пяти) дней с даты заключения договора первый взнос не был уплачен в полном объеме, то действие договора прекращается с даты заключения договора, страхование, обусловленное договором, не действует, обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения не возникает. Поступившие денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала заявления на возврат средств.

4.5. Если по итогам оценки страхового риска при заключении договора увеличился тариф (п.3.2 Условий), Страхователь обязан оплатить разницу между первоначальной и увеличенной на основании оценки страховой премией в течение 30 (тридцати) дней с даты начала действия договора. Если в указанный срок страховая премия не была оплачена в полном объеме, то действие договора прекращается с даты заключения договора, страхование, обусловленное договором, не действует, обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения не возникает. Поступившие денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала заявления на возврат средств.

4.6. Срок страхования по договору страхования начинается с даты, следующей за датой оплаты страховой премии в соответствии с п. 4.4 Условий, но не ранее даты начала действия договора. Дата окончания страхования совпадает с датой наступления первого из перечисленных событий:

4.6.1. окончания срока действия договора,

4.6.2. досрочного прекращения договора.

4.7. Договор страхования прекращается досрочно в случаях и порядке, установленных Правилами, а также на следующий день после наступления с Застрахованным третьего несчастного случая, признанного страховым случаем в течение одного срока страхования по одному полису. При этом перезаключение договора страхования на следующий срок не производится.

4.8. Страховщик вправе предложить Страхователю перезаключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях на каждый последующий год. Перезаключение договора страхования производится путем подписания Страхователем нового страхового полиса с отметкой «возобновленный» и своевременной оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме. Возобновленный договор заключается на основании письменного

заявления Страхователя к первоначальному договору страхования. Заявление Страхователя к первоначальному договору является неотъемлемой частью возобновленного договора страхования.

4.9. Договор страхования не заключается в отношении лиц, перечисленных в п. 6.12 Правил, а также в отношении инвалидов 3-й группы.

4.10. При изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, а также при назначении и замене Выгодоприобретателя, Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, заполнив Заявление на внесение изменений в договор страхования (далее – Заявление на внесение изменений) по форме, определенной Страховщиком. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу места нахождения Страховщика, указанному в полисе или путем размещения заявления в электронной форме в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru>. Все данные, относящиеся к указанным изменениям в соответствии с вышеизложенными требованиями, принимаются Страховщиком в качестве условий договора с даты, указанной в заявлении Страхователя, без направления ответного уведомления Страхователю. Без предоставления документов, подтверждающих основание изменений указанных данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, Заявление на внесение изменений недействительно.

4.11. В дополнение к условию п.6.22.5 Правил (о прекращении действия договора страхования по инициативе Страхователя) Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.6.22.5.1 Правил, в случае непредоставления Страховщиком Страхователю информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (ненадлежащее информирование Страховщиком Страхователя об условиях страхования) и потребовать возврата части уплаченной страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование).

К ненадлежащему информированию Страховщиком Страхователя об условиях страхования относятся:

- невручение Страхователю ключевого информационного документа об условиях договора добровольного страхования (далее – КИД), предусмотренного Указанием Банка России от 29.03.2022 г. № 6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации» (далее – Указание Банка России № 6109-У);
- вручение Страхователю КИД, который по содержанию не соответствует п.1.1 - 1.9 Указания Банка России № 6109-У;
- вручение Страхователю КИД, который по своему содержанию не соответствует заключенному договору страхования.

В указанном случае часть уплаченной по договору страхования страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страховщиком в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения Страховщиком соответствующего письменного заявления Страхователя.

Возврат указанной выше суммы производится Страховщиком Страхователю наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

Условие, указанное в настоящем пункте, не распространяется на договоры страхования, по которым Страховщик получил заявление о страховой выплате либо по которым Страховщиком были осуществлены страховые выплаты. В этом случае право Страхователя на отказ от договора страхования на указанном в настоящем пункте основании утрачивается.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Выплаты по страховым случаям проводятся, только если соответствующие риски включены в договор страхования и указаны в страховом полисе. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в п. 4.5 Правил, а также события, наступившие в результате болезни.

5.2. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны соответствовать требованиям, изложенным в п. 8.16-8.17 Правил.

5.3. Условиями предусматривается следующий порядок определения размеров страховых выплат при наступлении событий, признанных страховыми случаями:

5.3.1. при наступлении страхового случая по риску **«смерть в результате НС»** осуществляется единовременная страховая выплата Выгодоприобретателю в размере 100% страховой суммы по риску «смерть в результате НС». Если смерть Застрахованного явилась результатом несчастного случая, в связи с которым по данному договору Застрахованному уже была произведена

страховая выплата по риску «инвалидность» и/или «телесные повреждения», страховая выплата по страховому случаю «смерть в результате НС» осуществляется за вычетом сумм ранее произведенных выплат;

5.3.2. при наступлении страхового случая по риску **«смерть в результате ДТП»** осуществляется единовременная страховая выплата Выгодоприобретателю в размере 100% страховой суммы по данному риску;

5.3.3. при наступлении страхового случая по риску **«инвалидность в результате НС»** страховая выплата осуществляется единовременно в размере, предусмотренном договором для группы инвалидности, установленной в результате несчастного случая: I (первой) группы инвалидности – в размере 100 % (ста процентов); II (второй) группы – в размере 80 % (восемьдесят процентов); III (третьей) группы – в размере 50 % (пятидесяти процентов) от страховой суммы по этому риску. Если в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования, происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата по страховому случаю по риску «инвалидность в результате НС» в связи с установлением более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установлением определенной группы инвалидности, и произведенных ранее страховых выплат в связи с этим несчастным случаем. Если инвалидность Застрахованного явилась результатом несчастного случая, в связи с которым по данному договору Застрахованному уже была произведена страховая выплата по риску «телесные повреждения», выплата страховой суммы по страховому случаю «инвалидность» осуществляется за вычетом сумм ранее произведенных выплат;

5.3.4. при наступлении страхового случая по риску **«инвалидность в результате ДТП»** страховая выплата осуществляется единовременно в размере, предусмотренном договором для группы инвалидности, установленной в результате дорожно-транспортного происшествия: I (первой) группы инвалидности – в размере 100% (ста процентов); II (второй) группы – в размере 80 % (восемьдесят процентов); III (третьей) группы – в размере 50 % (пятидесяти процентов) от страховой суммы по этому риску. При этом, если в течение одного года с даты наступления ДТП происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата в связи с установлением более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установлением определенной группы инвалидности, и суммы, ранее выплаченной по данному договору по страховому случаю «инвалидность в результате ДТП»;

5.3.5. при наступлении страхового случая по рискам **«госпитализация в результате НС», «госпитализация в результате НС с прогрессивной выплатой»** размер страховой выплаты рассчитывается исходя из страховой суммы по данному риску за каждый день непрерывного нахождения на стационарном лечении, начиная с 3 (третьего) дня пребывания в стационаре, но не более чем за 90 (девяносто) календарных дней непрерывной госпитализации. Если Застрахованный был выписан из стационара и направлен на амбулаторное лечение и далее был снова госпитализирован в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая госпитализация не считается непрерывной, и страховая выплата за последующее нахождение Застрахованного на стационарном лечении в этом случае не производится. За весь срок действия договора не может быть произведена страховая выплата более чем за 90 (девяносто) календарных дней госпитализации в совокупности;

5.3.6. при наступлении страхового случая по риску **«телесные повреждения»** размер суммы страховой выплаты определяется в полном соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения» (Приложение №2 к полису), рассчитанных исходя из страховой суммы по этому страховому случаю. Если телесное повреждение, полученное Застрахованным, отсутствует в таблице, выплаты по нему не осуществляются.

5.4. Если в результате одного несчастного случая необходимо произвести страховую выплату по двум или большему количеству страховых случаев («смерть в результате НС», «инвалидность в результате НС», «телесные повреждения»), то выплате подлежит большая по размеру сумма за вычетом сумм произведенных ранее страховых выплат в связи с этим несчастным случаем. На определение размера суммы страховой выплаты по рискам «смерть в результате ДТП», «инвалидность в результате ДТП» и «госпитализация» Застрахованного данное условие не распространяется.

5.5. Сумма страховых выплат (за исключением рисков «смерть в результате ДТП», «инвалидность в результате ДТП», «госпитализация») в связи с одним несчастным случаем не может превышать 100% страховой суммы по соответствующим рискам.

5.6. При наступлении несчастного случая и/или дорожно-транспортного происшествия Застрахованный или Выгодоприобретатель (наследники Застрахованного) направляют Страховщику Заявление на получение страховой выплаты по форме, определенной Страховщиком, с приложением документов в соответствии с п.8.13 Правил.