

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ПО ПРОДУКТУ “ЭГИДА”

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования жизни по продукту «Эгида» (далее - «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора страхования жизни по продукту «Эгида», заключаемого Страховщиком со Страхователем (далее - «договор страхования» или «договор»).

1.2. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором страховую сумму или ее часть при наступлении с Застрахованным страховых случаев, предусмотренных Правилами и указанных в договоре страхования.

1.3. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

1.4. Далее в Правилах и заключаемых в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие термины:

1.4.1. **СТРАХОВЩИК** - Общество с ограниченной ответственностью «ППФ Страхование жизни» - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной Банком России лицензией.

1.4.2. **СТРАХОВАТЕЛЬ** - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, заключившее договор страхования со Страховщиком на основании Правил.

Страхователи - физические лица вправе заключать договоры о страховании как своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, так и о страховании имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных).

Если Страхователь - физическое лицо заключил договор о страховании своих имущественных интересов, то он одновременно является Застрахованным.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных).

1.4.3. **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (ЗАСТРАХОВАННЫЙ)** - физическое лицо в возрасте от 0 до 85 лет (если иное не предусмотрено договором страхования), в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай наступления предусмотренных договором событий в его жизни. Если по договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является и Застрахованным.

Зрелыми являются указанные в договоре страхования: взрослый Застрахованный (далее - «Застрахованный взрослый» или «взрослый Застрахованный») - в возрасте от 18 до 85 лет включительно (если иное не предусмотрено договором страхования), а также его (ее) дети (в том числе усыновленные (удочеренные), взятые на попечительство или под опеку в соответствии с действующим законодательством РФ) в возрасте от 0 до 18 лет включительно (далее - «Застрахованный ребенок», «Застрахованные дети»), о которых Страхователь уведомил Страховщика по форме Страховщика.

1.4.4. **ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ** - лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты по договору. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иной Выгодоприобретатель (Выгодоприобретатели) не указан(ы) в договоре страхования.

1.4.5. **СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СОЗ)** - событие, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, способное привести к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности (смертельно опасное заболевание). К смертельно опасным заболеваниям относятся следующие заболевания и соответствующие им определения (если иное определение не предусмотрено договором страхования):

1.4.5.1. **Онкологическое заболевание (рак)** - заболевание, проявляющееся в наличии одной или более злокачественных опухолей, подтвержденное гистологическим или иммуногистохимическим исследованием, в том числе:

- ракоподобные лимфомы;
- злокачественные заболевания костного мозга;
- лейкомия;

- карциномы базальных клеток и плоскоклеточных клеток кожи и протуберанская дерматофибросаркома. Не являются онкологическими заболеваниями (раком) в соответствии с настоящими Правилами:

- доброкачественные новообразования,
- карциномы in situ, прединвазивные новообразования (рак in situ), неинвазивный рак, дисплазия и все предраковые новообразования;
- рак предстательной железы стадии менее T2bN0M0;
- папиллярный или фолликулярный рак щитовидной железы стадии менее T2N0M0;

- рак, диагностированный на основе обнаружения опухолевых клеток и/или опухолесодержащих молекул в крови, слюне, фекалиях, моче или любой другой телесной жидкости в отсутствие дальнейших окончательных и клинически проверяемых доказательств;

- все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

1.4.5.2. **Преинвазивный рак (рак in situ)** - заболевание, характеризующееся фокальным, локализованным автономным ростом карциноматозных клеток, который оставался ограниченным слоем ткани, из которого он впервые развился, и еще не привел к вторжению в нормальные окружающие ткани или другие части тела, подтвержденное гистологическим или иммуногистохимическим исследованием, в том числе:

- все первичные карциномы in situ согласно классификации стадий рака Американского объединенного комитета по раку (American Joint Committee on Cancer, AJCC), «Руководству по классификации рака, 7-е издание» («AJCC Cancer Staging Handbook, 7th edition», by the American Joint Committee on Cancer), за исключением рака кожи, отличного от меланомы in situ;

- первичный рак предстательной железы на стадии T1aN0M0, T1bN0M0 или T2aN0M0 - только при лечении радикальной простатэктомией;

- папиллярный или фолликулярный рак щитовидной железы на стадии T1 (включая T1aN0M0 и T1bN0M0).

Не являются преинвазивным раком в соответствии с настоящими Правилами следующие заболевания:

- дисплазия и любые предраковые состояния;
- любой рак кожи, за исключением меланомы in situ;
- рак, диагностированный на основе обнаружения опухолевых клеток и/или опухолесодержащих молекул в крови, слюне, фекалиях, моче или любой другой телесной жидкости в отсутствие дальнейших окончательных и клинически проверяемых доказательств.

1.4.5.3. **Доброкачественная опухоль головного мозга** - заболевание, характеризующееся доброкачественным внутричерепным новообразованием, в том числе доброкачественные новообразования мозговых оболочек головного мозга или черепных нервов, вызывающие повреждение мозга, подтвержденное неврологом или нейрохирургом, требующие хирургического вмешательства, а в случае неоперабельных состояний, приводящие к постоянному неврологическому дефициту на протяжении, как минимум, 3 (Трех) месяцев. В рамках настоящих Правил эпилептические припадки не считаются постоянным неврологическим дефицитом. Диагноз должен быть подтвержден неврологом или нейрохирургом, а также результатами исследований КТ или МРТ.

Не являются доброкачественной опухолью головного мозга в соответствии с настоящими Правилами следующие заболевания:

киста, гранулема, сосудистая мальформация, гематома, абсцесс, опухоли спинного мозга и опухоли гипофиза менее 10 мм.

1.4.5.4. **Инфаркт миокарда** - остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке;
- новые типичные изменения ЭКГ, например: - изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой, - формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови.

Диагноз и данные обследования должны быть подтверждены врачом-кардиологом.

1.4.5.5. **Инсульт** - отмирание мозговой ткани из-за недостаточного кровоснабжения или кровоизлияния, приведшее ко всем следующим последствиям:

- появление новых неврологических симптомов, соответствующих диагнозу инсульт;
- новые объективные неврологические дефициты при клиническом обследовании, сохраняющиеся непрерывно в течение не менее 6

(шести) недель после постановки диагноза инсульта;

- изменение в структуре головного мозга, подтвержденное результатами компьютерной томографии или МРТ (если проводилась), согласующееся с клиническим диагнозом инсульта. Следующие/заболевания/состояния не входят в указанное определение:
- транзиторная ишемическая атака (ТИА), преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- травматическое повреждение мозговой ткани или кровеносных сосудов;
- вторичное кровоизлияние в уже имеющееся поражение головного мозга;
- аномалия, наблюдаемая при сканировании головного мозга или других органов без четко связанных клинических симптомов и неврологических признаков;
- гибель тканей зрительного нерва или сетчатки.

1.4.6. **ВРАЧ** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.4.7. **ДАТА ПЕРВИЧНОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ** – дата установления врачом, имеющим необходимую квалификацию, диагноза заболевания Застрахованного лица, основанного на результатах проведенного гистологического или иммуногистохимического обследования (в отношении заболеваний рак и преинвазивный рак), КТ или МРТ исследований (в отношении доброкачественной опухоли головного мозга).

1.4.8. **ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ** (временная нетрудоспособность) - это полная утрата способности Застрахованного лица к труду на определенный ограниченный период времени.

1.4.9. **СТРАХОВАЯ СУММА** - денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.10. **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.

1.4.11. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

1.4.12. **СТРАХОВОЙ ВЗНОС** - часть страховой премии, если страховая премия уплачивается в рассрочку.

1.4.13. **СТРАХОВОЙ РИСК** - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

1.4.14. **СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.4.15. **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** - определенная в договоре страхования территория, при наступлении страхового случая в пределах которой у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

1.4.16. **СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА** - денежная сумма, установленная договором страхования, выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая в порядке, определенном Правилами и договором страхования.

1.4.17. **СРОК СТРАХОВАНИЯ** - период времени, при наступлении страхового случая в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Правилами и договором страхования.

1.4.18. **ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ** – предусмотренный договором страхования срок с начала срока страхования; наступление в течение периода ожидания события, предусмотренного п. 4.1 Правил, не является страховым случаем.

1.4.19. **ПЕРИОД ВЫЖИВАНИЯ** – установленный договором страхования срок с даты наступления события, предусмотренного п.4.1 настоящих Правил; при наступлении в период выживания события, предусмотренного п.4.1 Правил, страховая выплата осуществляется в соответствии с п.8.4 Правил.

1.4.20. **МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ** - организованные за счет Страховщика мероприятия, направленные на установление причин и обстоятельств заявленного события, произошедшего с Застрахованным лицом, проводимые с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем, - например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Медицинское обследование проводится в медицинских учреждениях, определенных Страховщиком и имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком и проводится за счет Страховщика.

1.4.21. **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/ Выгодоприобретателем, а также результатов медицинского обследования Застрахованного. Медицинская экспертиза проводится для установления причин и обстоятельств заявленного события с целью выяснения, является ли заявленное событие страховым случаем.

1.4.22. **ГОДОВЩИНА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ** – число и месяц даты начала действия договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия договора страхования приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия договора страхования считается 28 февраля, а в високосные – 29 февраля.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенных возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного (страхование жизни).

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны Страховщиком страховыми случаями:

4.1.1. первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) (определение онкологического заболевания (рака) приведено в п.1.4.5.1 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.3 Правил), а в случае если договором страхования предусмотрен период ожидания - в течение срока страхования по договору страхования, но по истечении периода ожидания, (далее – **«первичное диагностирование онкологического заболевания (рака)»**). Дата первичного диагностирования онкологического заболевания (рака) определяется в соответствии с п. 1.4.7. Правил;

4.1.2. первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) (определение преинвазивного рака (рака in situ) приведено в п.1.4.5.2 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.3 Правил), а в случае если договором страхования предусмотрен период ожидания - в течение срока страхования по договору страхования, но по истечении периода ожидания, (далее – **«первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ)»**). Дата первичного диагностирования преинвазивного рака определяется в соответствии с п. 1.4.7. Правил;

4.1.3. первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга (определение доброкачественной опухоли головного мозга приведено в п.1.4.5.3 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.3 Правил), а в случае если договором страхования предусмотрен период ожидания - в течение срока страхования по договору страхования, но по истечении периода ожидания, (далее – **«первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга»**). Дата первичного диагностирования доброкачественной опухоли головного мозга определяется в соответствии с п. 1.4.7. Правил.

4.1.4. первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у Застрахованного взрослого (определение инфаркта миокарда приведено в п.1.4.5.4 Правил, определение инсульта приведено в п. 1.4.5.5 Правил) в течение срока страхования по договору страхования (за исключением случаев, предусмотренных Правил), а в случае если договором страхования предусмотрен период ожидания, - в течение срока страхования по договору страхования, но по истечении периода ожидания (далее – **«первичное диагностирование инфаркта или инсульта»**).

Договор может быть заключен с ответственностью по одному или сразу нескольким рискам, перечисленным в п. 4.1 Правил, которые могут составить одну или несколько программ страхования.

4.2. События, предусмотренные в п. 4.1 Правил, могут быть признаны страховыми случаями при условии, что они подтверждены документами в соответствии с положениями, предусмотренными разделом 8 Правил.

4.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, события, указанные в п. 4.1 Правил не являются страховыми случаями, если они произошли:

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

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

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

4.4. Территорией страхования по Правилам является весь мир, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.5. Страхование по договору, заключенному на основании Правил, действует 24 часа в сутки, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

5.1. **Страховая сумма** и/или способ ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (страховом полисе). Страховая сумма может быть установлена в виде единой суммы по всем страховым рискам или по отдельным программам страхования, предусмотренными договором страхования, или в виде отдельной страховой суммы по каждому страховому риску, предусмотренному договором страхования. Страховая сумма устанавливается отдельно для каждого Застрахованного.

5.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование в валютном эквиваленте).

5.3. Страховая премия оплачивается в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования.

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

5.5. Размер страховой премии за полные года страхования определяется как произведение страховой суммы, страхового тарифа и количества лет страхования.

5.6. Размер страховой премии за неполный год страхования определяется как произведение страховой суммы и страхового тарифа, установленного в зависимости от количества месяцев (дней) страхования.

5.7. Размер страховой премии за год (годы) и несколько месяцев (дней) страхования определяется как сумма страховой премии за год (полные года) страхования и страховой премии за соответствующее количество месяцев (дней) неполного года страхования.

5.8. Страховая премия уплачивается Страхователем в рублях РФ одновременно разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку; наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования, по реквизитам Страховщика, указанным в договоре страхования.

5.9. При страховании в валютном эквиваленте, страховая премия (страховые взносы) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, в эквиваленте которой заключен договор, на дату оплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

5.10. Датой платежа в счет оплаты страховой премии (страхового взноса), произведенного Страхователем, является, если иное не предусмотрено договором страхования:

5.10.1 при оплате способами, указанными на сайте Страховщика, размещенными по адресу: <https://www.ppinsurance.ru/for-customers/insurance-premium/>, за исключением способа оплаты «Банковским переводом по реквизитам ООО «ППФ Страхование жизни» - дата списания денежных средств со счета (электронного кошелька) Страхователя, дата внесения денежных средств в платежный терминал или дата оформления Страхователем перевода в адрес Страховщика указанным на сайте Страховщика способом;

5.10.2. во всех иных случаях, включая способ оплаты «Банковским переводом по реквизитам ООО «ППФ Страхование жизни», - дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является дата уплаты страховой премии (страхового взноса) Страховщику в полном размере, предусмотренном договором страхования, либо дата последнего по времени платежа в случае, если поступившая в полном размере страховая премия (страховой взнос) оплачивалась несколькими платежами..

5.11. Договором страхования может предусматриваться предоставление Страхователю **льготного периода** для уплаты очередного страхового взноса, который, в зависимости от порядка и периодичности уплаты страховых взносов, предусмотренных договором, может продолжаться до 90 (девяноста) дней.

5.11.1. Льготный период начинается с даты, установленной в договоре страхования в качестве даты уплаты очередного страхового взноса. Продолжительность льготного периода устанавливается в договоре страхования.

5.11.2. Страхователь должен до истечения льготного периода, без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика, уплатить страховой взнос для сохранения договора страхования в

силе.

5.11.2.1. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по договору страхования в объеме, установленном в договоре страхования, если Страхователь уплатил очередной страховой взнос в полном объеме в течение льготного периода.

5.12. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный договором страхования, обязательства Страховщика, вытекающие из договора страхования, прекращаются в соответствии со ст. 407, п.3 ст. 954 Гражданского кодекса РФ с даты, следующей за датой, установленной в договоре как дата оплаты соответствующего страхового взноса, внесение которого просрочено, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом Страховщик направляет Страхователю или размещает в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика по адресу: <https://my.ppinsurance.ru/> письменное уведомление о прекращении действия договора страхования и обязательств, вытекающих из этого договора.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. При необходимости, перед заключением договора страхования, Застрахованные заполняют анкеты по установленной Страховщиком форме.

6.3. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.4. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных с приложением списка Застрахованных. При этом по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы или сертификаты на каждого Застрахованного для вручения их Застрахованным.

6.5. Страховщик при заключении договора страхования вправе:

6.5.1. дополнительно к сведениям, указанным в заявлении о страховании, запросить следующие сведения и документы в отношении Застрахованного и Страхователя:

- копию паспорта либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- документы, подтверждающие право и факт пребывания на территории РФ: визу, разрешение на временное проживание на территории РФ, миграционную карту, разрешение на работу, вид на жительство либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации, а также свидетельство (уведомление) о постановке данного иностранного гражданина на учет в Российском и/или иностранном налоговом органе;

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

- документы, подтверждающие отцовство (материнство), усыновление, попечительство, опеку над Застрахованным, возраст которого менее 18 лет.

6.6. При заключении договора Страховщик по результатам оценки страхового риска вправе уменьшить страховые суммы, указанные Страхователем в заявлении о страховании, и/или предложить Страхователю иные условия страхования.

6.7. При подписании договоров страхования 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 (полисы) и приложения к ним.

6.8. Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей

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

6.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил, без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного данными Правилами страхования.

6.10. В случае утери договора страхования (полиса) Страхователем, Страховщик на основании личного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный договор (полис) считается не действующим с момента подачи заявления Страхователя и страховые выплаты по нему не производятся. При повторной утрате договора (полиса) в течение периода действия договора страхования Страховщик взыскивает со Страхователя стоимость оформления договора (полиса). Подлежащая оплате сумма в указанном случае вносится Страхователем одновременно с оплатой следующего страхового взноса или независимо от него, если Страхователь вносил страховую премию одновременно.

6.11. 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 исполнения договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

6.12. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, договор страхования на условиях Правил не заключается в отношении следующих лиц:

6.12.1. имеющих диагноз онкологического заболевания, преинвазивного рака, в настоящем или прошлом, а также лиц, которые на момент заключения договора страхования проходят обследование на предмет данных заболеваний (в том числе по поводу лейкемии и лимфомы);

6.12.2. имеющих действующее направление на медико-социальную экспертизу в связи с онкологическим заболеванием;

6.12.3. наблюдающихся в настоящее время или наблюдавших ранее в онкологическом диспансере;

6.12.4. больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицирован);

6.12.5. имеющих диагностированные психические (нервные) заболевания или расстройства;

6.12.6. занятых в работах с радиоактивными веществами или химическими канцерогенами;

6.12.7. находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы;

6.12.8. уже являющихся Застрахованными по договорам страхования, содержащим программу страхования (страховые риски) от смертельно опасных заболеваний, если данная программа (страховые риски) была включена (включены) в соответствующий договор страхования на нестандартных условиях (с увеличением страхового тарифа, что привело к увеличению размера страховой премии или понижению страховой суммы, или с дополнительными исключениями или оговорками), и в отношении лиц, которым было на законном основании отказано в заключении договоров личного страхования;

6.12.9. уже являющихся Застрахованными на условиях настоящих Правил по продукту «Эгида»;

6.12.10. имеющих в настоящее время диагноз доброкачественная опухоль головного мозга, в случае если в отношении данного лица в договор страхования включается страховой риск «первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга» в соответствии п.4.1.3 Правил;

6.12.11. в случае если в отношении данного лица в договор страхования включается страховой риск «первичное диагностирование инфаркта или инсульта» в соответствии п.4.1.4 Правил: имеющих в настоящее время диагноз или проходящих обследование на предмет следующих заболеваний – диабет, стенокардия, коронарные заболевания сердца, инфаркт миокарда, сердечная аритмия, требующая лечения, сердечные шумы, ревматическая лихорадка, сердечная недостаточность, а также прочие сердечно-сосудистые заболевания и операции на сердце; инсульт, микро-инсульт, кровоизлияние в мозг, афазия, любые формы эпилепсии или паралича.;

В случае заключения договора в отношении лиц, указанных в п.6.12. Правил, (за исключением случаев, указанных в п.6.13 Правил) такой договор является досрочно прекратившим свое действие по соглашению сторон с даты его заключения, а страхование, обусловленное договором, не действует и обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты по событиям, предусмотренным п.4.1 Правил, не возникает; уплаченные денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала письменного заявления на возврат денежных средств на основании его письменного заявления.

6.13. В отношении лиц, указанных в п. 6.12.1-6.12.9 Правил, Страховщик имеет право заключить договор страхования на особых условиях, согласованных со Страхователем.

6.14. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страховщику при заключении договора либо при уведомлении о Застрахованных-детях были сообщены заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, предоставлены фиктивные документы либо скрыта или не предоставлена достоверная информация, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ.

6.15. По соглашению Страховщика и Страхователя в договор страхования могут вноситься изменения и дополнения, не противоречащие законодательству РФ.

6.16. Внесение изменений и дополнений в договор страхования осуществляется в письменной форме в порядке, установленном законодательством РФ, если иное не предусмотрено Правилами, договором страхования. В частности, по согласованию сторон договор страхования может быть пересмотрен в части изменения перечня программ страхования по договору.

6.17. При подписании договора страхования Стороны подтверждают свое согласие со следующим порядком действий и условиями внесения изменений в договор страхования, если иное прямо не предусмотрено договором страхования:

6.17.1. в случае пересмотра договора страхования по инициативе Страхователя:

- Страхователь направляет Страховщику заявление на внесение изменений в договор страхования по установленной Страховщиком форме не позднее 30 (Тридцати) дней до очередной годовщины договора страхования, если иной срок не согласован сторонами. Все изменения оформляются путем выпуска Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного Страховщиком, с помощью факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного лица и печати Страховщика;

- Страховщик направляет дополнительное соглашение Страхователю или размещает в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика по адресу: <https://my.ppfinurance.ru/>;

- согласие Страхователя с условиями, указанными в дополнительном соглашении, выражается принятием данного соглашения, что подтверждается оплатой измененного страхового взноса, или подписанием им данного соглашения в двух экземплярах и направлением второго экземпляра в адрес Страховщика;

- соглашение на внесение изменений вступает в силу с даты, указанной в дополнительном соглашении, но не ранее годовщины договора страхования, следующей за датой получения заявления на внесение изменений Страховщиком.

6.17.2. В случае пересмотра договора страхования по инициативе Страховщика:

- Страховщик направляет дополнительное соглашение Страхователю по адресу, указанному в договоре либо размещает данное дополнительное соглашение в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика по адресу: <https://my.ppfinurance.ru/>;

- согласие Страхователя с условиями, указанными в дополнительном соглашении, подтверждается подписанием данного соглашения в двух экземплярах и направлением второго экземпляра в адрес Страховщика;

- соглашение на внесение изменений вступает в силу с даты, указанной в дополнительном соглашении.

Изменения в договор страхования не вносятся в следующих случаях:

- если договор страхования на момент вступления дополнительного соглашения в силу прекратил свое действие;

- если по договору страхования не предусмотрена дальнейшая уплата страховых взносов.

6.18. **Застрахованный**, названный в договоре, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного и **Страховщика** (п. 2 ст. 955 Гражданского кодекса РФ). При замене Застрахованного Страховщик имеет право потребовать изменения условий договора в соответствии с п. 7.3.8 Правил. Оформление замены Застрахованного на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного, путем внесения необходимых изменений в договор страхования и соответствующие приложения к нему.

6.19. По договору страхования Страхователь с письменного согласия Застрахованного вправе назначить любое лицо в качестве получателя страховой выплаты - Выгодоприобретателя - и впоследствии, с учетом иных положений Правил, заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

6.19.1. Замена Выгодоприобретателя по договору страхования, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с письменного согласия последнего.

6.19.2. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору

страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

6.19.3. Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованный, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только договором не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен договор.

6.19.4. Если Выгодоприобретатель по договору не назначен, то договор считается заключенным в пользу Застрахованного.

6.19.5. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

6.20. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.21. **Срок действия договора страхования** устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, указывается в договоре страхования.

6.22. **Срок страхования** определяется в договоре страхования. Если иное не предусмотрено условиями договора страхования, дата начала срока страхования в отношении Застрахованного взрослого и Застрахованных детей, о которых Страхователь уведомил Страховщика при заключении договора страхования, - 00 часов 00 минут календарной даты, следующей за датой уплаты страховой премии (первого страхового взноса). В отношении Застрахованных детей, о которых Страхователь уведомил Страховщика после начала срока страхования в отношении Застрахованного взрослого, дата начала срока страхования соответствует дате, указанной в таком уведомлении по форме Страховщика. Дата окончания срока страхования соответствует дате окончания действия договора.

6.23. Если договором страхования предусмотрено вступление его в силу ранее оплаты страховой премии (первого страхового взноса), то в случае непоступления Страховщику предусмотренной договором страховой премии (первого страхового взноса) в установленный договором страхования срок и/или в случае уплаты страховой премии (первого страхового взноса) не в полном размере, действие договора прекращается с даты заключения договора; страхование, обусловленное договором, в этом случае не действует, обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты не возникает. В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) не в полном размере, полученная Страховщиком сумма возвращается плательщику в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала письменного заявления на возврат денежных средств, при этом Страховщик вправе удержать сумму в размере убытков, понесенных им при оформлении несостоявшегося договора страхования (расходы на комиссию банку по перечислению возвращаемого страхового взноса и т.п.).

6.24. Действие договора страхования прекращается:

6.24.1. по истечении срока действия договора;

6.24.2. при выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме, действие договора в данном случае прекращается с даты выполнения Страховщиком своих обязательств;

6.24.3. по требованию (инициативе) Страховщика - в случае неуплаты Страхователем очередного взноса страховой премии в установленные договором сроки и отсутствии заявления Страхователя о внесении изменений в договор (если договором страхования не предусмотрено иное). При этом обязательства Страховщика, вытекающие из договора страхования, прекращаются в соответствии со ст. 407, п.3. ст. 954 Гражданского Кодекса РФ с даты, следующей за датой оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом Страховщик направляет Страхователю или размещает в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика по адресу: <https://my.ppfinsurance.ru/> письменное уведомление о прекращении действия договора страхования и своих обязательств, вытекающих из этого договора;

6.24.4. по требованию (инициативе) Страховщика - в случае, предусмотренном п. 7.3.2 Правил, действие договора в данном случае прекращается с даты его заключения.

6.24.5. по инициативе Страхователя (независимо от момента уплаты страховой премии);

6.24.5.1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (дата начала срока страхования) путем отправки письменного заявления об отказе от страхования в адрес Страховщика и потребовать возврата всей суммы уплаченной страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения либо с иной даты, установленной по соглашению сторон договора, но не позднее срока, определенного органом страхового надзора в соответствии с абз.3 п.3 ст.3 Закона РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ». Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя. Возврат суммы уплаченной страховой 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.

6.24.5.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, но после начала действия страхования, 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.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения либо с иной даты, установленной по соглашению сторон договора, но не позднее срока, определенного органом страхового надзора в соответствии с абз.3 п.3 ст.3 Закона РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ». Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме (если договором страхования не предусмотрено, что Страховщик удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя. Возврат суммы уплаченной страховой премии (либо ее части) производится наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

6.24.5.3. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.6.24.5.1-6.24.5.2 Правил, письменно предупредив Страховщика о намерении досрочного прекращения договора не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если стороны договора не согласовали иной срок.

Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в соответствующем письменном заявлении Страхователя, или с 00 часов 00 минут 30 (Тридцатого) дня с даты получения такого заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования Страхователем не указана либо указанная Страхователем дата прекращения договора страхования является более ранней, чем 30 (Тридцать) дней с даты получения заявления Страховщиком.

6.24.6. 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;

6.24.7. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным п. 4.3 Правил;

6.24.8. в случае смерти Страхователя (физического лица), если иное лицо не примет на себя обязанности Страхователя по договору страхования, указанные в п. 7.2 Правил.

6.25. При досрочном прекращении действия договора, за исключением прекращения в случае, указанном в п. 6.24.5.1-6.24.5.2 Правил, уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит, если договором не предусмотрено иное.

6.26. Все уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением договорных правоотношений, а также заявления на изменение договора страхования и дополнительные соглашения к договору страхования направляются по адресам, указанным сторонами договора, способом, позволяющим подтвердить факт отправки, и/или путем размещения информации в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>.

Информация и заявления в электронной форме, отправленные Страховщику через «Личный кабинет», находящийся в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>, и подписанные простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанными собственноручной подписью этого физического лица. В случае изменения адресов и/или реквизитов, стороны договора обязаны заблаговременно 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.

6.27. Информация о текущем состоянии договора, в том числе о его номере, дате заключения, сроке действия, сроке страхования, статусе, страховых суммах, страховых рисках, Программах страхования, Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, периодичности и истории платежей, дате ближайшего платежа, индексации, размещается в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru.

6.28. Информация о текущем состоянии договора, в том числе о его номере, дате заключения, сроке действия, сроке страхования, статусе, страховых суммах, страховых рисках, программах страхования, Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, периодичности и истории платежей страховых взносов, дате ближайшего платежа страхового взноса и индексации размещается в Личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. ознакомиться с Правилами страхования и условиями договора и получить на руки Правила и условия договора, в соответствии с которыми заключен договор страхования;

7.1.2. получить разъяснения по заключённому договору страхования;

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

7.1.4. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;

7.1.5. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных п. 6.17 Правил и действующим законодательством;

7.1.6. отказаться от договора страхования в порядке, предусмотренном п. 6.24 Правил;

7.1.7. вносить с согласия Страховщика изменения в условия договора страхования (п. 6.15 Правил);

7.1.8. по согласованию со Страховщиком вносить изменения в условия договора коллективного страхования, касающиеся изменения списка Застрахованных (в части включения в договор и исключения из договора отдельных лиц). Вышеуказанные изменения в отношении Застрахованного могут производиться только до наступления, предусмотренного договором в части этого Застрахованного события, имеющего признаки страхового случая. Данное изменение оформляется дополнительным соглашением к договору страхования;

7.1.9. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные договором страхования;

7.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных), их жизни, деятельности и состоянии здоровья, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

7.2.3. своевременно уведомлять Страховщика о Застрахованных детях по форме Страховщика. Дополнения, указанные в уведомлении о Застрахованных детях, вступают в силу с даты такого уведомления;

7.2.4. получить согласие Застрахованного на замены Застрахованного (-ых) по договору страхования;

7.2.5. в период действия договора страхования незамедлительно, в течение 10 (Десяти) дней, как стало об этом известно, в письменном виде сообщить Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении договора страхования и повлияли на определение степени страхового риска, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных и др. (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях);

7.2.6. в течение 30 (Тридцати) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, предусмотренного признаками страхового случая, предусмотренного п.4.1 Правил, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов согласно списку, указанному в п. 8.8 Правил. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным лицом может быть исполнена Выгодоприобретателем или его законными наследниками;

7.2.7. исполнять любые иные положения Правил, договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;

7.2.8. пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковое, рентгенологическое и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские обследования, определённые Страховщиком,

для подтверждения фактов заявленных событий или в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая;

7.2.9. возратить 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 его права на получение страховой выплаты. Такая же обязанность лежит на Застрахованном, Выгодоприобретателе и его законных наследниках;

7.2.10. сообщать в письменном виде Страховщику:

- об изменении своего почтового адреса, адреса регистрации,
- об изменении паспортных данных (реквизитах) Страхователя и Застрахованного, Выгодоприобретателя,
- об обстоятельствах, влияющих на оценку степени страхового риска: место работы, род занятий, состояние здоровья Застрахованного, в течение 10 (Десяти) дней, начиная со дня, когда ему стало известно о вышеуказанных изменениях.

Указанная в настоящем пункте обязанность распространяется и на Застрахованного;

7.2.11. назвать 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;

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

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованными, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

7.3.2. если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) 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, потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ;

7.3.3. проверять выполнение Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованным требований договора страхования и положений Правил;

7.3.4. применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенной условий страхования и степени оценки страхового риска;

7.3.5. отсрочить принятие решения о приеме на страхование лица, подлежащего страхованию, или изменить предлагаемую Страхователю программу страхования (перечень страховых рисков) и условия страхования, если по результатам оценки степени страхового риска обнаружится наличие на дату подачи заявления на страхование у Застрахованного заболеваний или иного расстройства здоровья;

7.3.6. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным) положений Правил и договора страхования;

7.3.7. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы, а также медицинские и иные организации об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт и причину наступления события, имеющего признаки страхового случая;

7.3.8. после заключения договора страхования в случае уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

В случае, если между Страховщиком и Страхователем не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования или Страхователь выразит отказ от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса РФ, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения договора страхования не отпали;

7.3.9. приостановить срок принятия решения о страховой выплате до получения полной информации о заявленном событии, имеющем признаки страхового случая, и подтверждающих документов о нем;

7.3.10. приостановить срок принятия решения о страховой выплате до получения результатов медицинской экспертизы, медицинского обследования Застрахованного;

7.3.11. отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) имел возможность уведомить в порядке, установленном Правилами и действующим законодательством РФ, но не уведомил Страховщика в установленный Правилами и договором срок о наступлении страхового случая, в

соответствии с п. 8.2. Правил;
7.3.12. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами, договором страхования, действующим законодательством РФ;

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

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. по требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договорах страхования;

7.4.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением договора страхования;

7.4.3. 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. 8.15 Правил страхования, если иные сроки не предусмотрены в договоре страхования;

7.4.4. письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о приостановлении срока принятия решения о страховой выплате.

7.5. Застрахованный имеет право:

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

7.5.2. в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п. 7.2 Правил страхования;

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. сообщать достоверные сведения о себе, Выгодоприобретателе (наследнике);

7.6.2. выполнять требования договора страхования;

7.6.3. по требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы;

7.6.4. при наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованный обязан:

7.6.4.1. незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда;

7.6.4.2. при появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю;

7.6.4.3. в случае смерти Застрахованного до того, как он успел заявить о событии, имеющем признаки страхового случая, обязанность Застрахованного, указанная в п. 7.6.4.2 Правил может быть исполнена Выгодоприобретателем или его законными наследниками;

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

7.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

7.8. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица, права и обязанности, определённые этим договором, могут перейти к этому лицу с его согласия. В случае невозможности выполнения лично этим лицом обязанностей по договору страхования, действия, связанные с осуществлением его прав и обязанностей могут совершаться лицом, выполняющим в соответствии с законодательством РФ обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного.

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

8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. При наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика в течение 30 (Тридцати) суток, начиная со дня, когда стало известно о наступлении страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

8.2. 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.

8.3. Размер страховой выплаты устанавливается исходя из установленной в договоре страхования страховой суммы по соответствующему страховому риску.

8.4. При наступлении с Застрахованным страхового случая по рискам,

указанным в п. 4.1 Правил, страховая выплата осуществляется одним из следующих способов, указанных в договоре страхования:

8.4.1. в виде единовременной страховой выплаты в размере 100% страховой суммы (кроме события «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома»), установленной в договоре страхования по соответствующему страховому риску. Если договором страхования установлен период выживания, страховая выплата не осуществляется в случае, когда Застрахованный умирает в период выживания (если иное не предусмотрено договором страхования);

8.4.1.1. страховая выплата по событиям «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома» осуществляется в виде единовременной страховой выплаты в размере 10% страховой суммы, установленной в договоре страхования по соответствующему страховому риску, не более 1 (одного) раза в течение срока страхования; при этом соответствующий страховой риск продолжает действовать в объеме прочих онкологических заболеваний, перерасчет страховой суммы и страховых премий не осуществляется. При урегулировании последующего страхового случая по соответствующему страховому риску (за исключением события «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протэберанты дерматофибросаркомы») страховая выплата осуществляется в виде единовременной страховой выплаты в размере страховой суммы за вычетом суммы, выплаченной по договору страхования ранее в связи с событием «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протэберанты дерматофибросаркомы»; либо

8.4.2. в виде одной или двух страховых выплат: первая из которых определяется в виде процента от страховой суммы по соответствующему страховому риску, устанавливаемого в договоре на период выживания, и осуществляется в случае обращения за страховой выплатой до истечения периода выживания; а вторая определяется в виде процента от страховой суммы по данному страховому риску, устанавливаемого в договоре на период после истечения периода выживания; осуществляется после получения первой из указанных в данном пункте Правил страховых выплат в случае обращения за страховой выплатой после истечения периода выживания и при условии, что Застрахованный по окончании периода выживания остается в живых. При этом сумма таких страховых выплат по страховому риску не может превышать 100% страховой суммы, установленной в договоре страхования по соответствующему страховому риску.

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

8.6. Страховая выплата может быть произведена уполномоченному представителю Застрахованного (Выгодоприобретателя) на основании оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке документов.

8.7. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследник) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 8.8 Правил.

8.8. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы, если иное не предусмотрено условиями договора:

- копия договора страхования (полис);
- заявление на выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты (почтовый перевод или на банковский счет – с указанием полных банковских реквизитов для перечисления);
- копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного, получателя страховой выплаты;
- копия свидетельства о рождении ребенка и документ, удостоверяющий степень родства Застрахованного ребенка с Застрахованным взрослым по договору;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение:

– в отношении события «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака)» и «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ)» - специалиста в области онкологии, а также результаты гистологического или иммуногистохимического исследования. Если гистологическое (иммуногистохимическое) исследование невозможно по медицинским причинам, диагноз онкологического заболевания должен быть подтвержден врачом-онкологом с разъяснением причин невозможности проведения гистологического или иммуногистохимического исследования и должен быть подтвержден КТ или МРТ исследованием;

– в отношении события «первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга» - специалиста в области неврологии или нейрохирургии, а также результаты КТ или МРТ исследования;

– в отношении события «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта».

При первичном диагностировании инфаркта миокарда: выписной эпикриз/ выписка из стационарной карты, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, проведенным обследованием (включая ЭКГ, результаты лабораторных исследований кардиоспецифических ферментов крови, Эхо-КГ и др.), проведенным лечением.

При первичном диагностировании инсульта:

выписной эпикриз/ выписка из стационарной карты, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, неврологического статуса при поступлении в стационар и выписке из стационара, проведенным обследованием (включая методы нейровизуализации (КТ, МРТ), лабораторные методы обследования и др.) и проведенным лечением, выписка из амбулаторной карты после 6 (шести) недель от даты инсульта с описанием неврологического статуса.

- копия свидетельства ИНН Выгодоприобретателя, наследника;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенная копия).

8.8.1. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, копия амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикрепления к данному лечебному учреждению, диагнозами и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение; выписка из медицинской карты стационарного больного, с указанием даты поступления в стационар и установленных диагнозов; копия стационарной карты;
- документы, подтверждающие отцовство (материнство), усыновление, попечительство, опеку над Застрахованным, возраст которого менее 18 лет;
- копия трудовой книжки или трудового договора;
- постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела.

8.9. По соглашению сторон в договоре страхования могут оговариваться конкретные документы, которые необходимы для признания события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем, но не более указанных в п.8.8 Правил.

8.10. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для принятия решения по наступившему с Застрахованным событию и для определения размера страховой выплаты.

8.11. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение по заявленному событию, Страховщик имеет право назначать проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении и/или медицинской экспертизы.

Согласование места и времени проведения медицинского обследования Застрахованного может по выбору Страховщика осуществляться путем направления в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения обследования, или иным способом, позволяющим подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения обследования Застрахованного.

Если Застрахованное лицо не прошло медицинское обследование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату медицинского обследования при его обращении к Страховщику. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом Заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с Заявлением на страховую выплату, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

8.12. 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, письменно уведомив об этом лицо, обратившееся к нему за страховой выплатой.

8.13. Медицинские документы (справки, выписки, заключения) оформляются в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений утвержденного Приказом Минздравсоцразвития, 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 оттиске 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, выдавших их.

8.14. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 8.8 Правил.

8.15. В течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, указанных в п. 8.8 Правил, в том числе результатов медицинского обследования и медицинской экспертизы, если такие назначались Страховщиком в соответствии с п. 8.11 Правил, Страховщик:

8.15.1. в случае признания произошедшего события страховым случаем, осуществляет страховую выплату;

8.15.2. принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно уведомляет лицо, обратившееся за страховой выплатой.

Указанный в настоящем п. 8.15 Правил срок не начинается течью до получения Страховщиком последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

8.16. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, то срок урегулирования требований о страховой выплате начинается течью не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

8.17. Страховая выплата производится перечислением на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом согласно действующему законодательству Российской Федерации. Обязательства Страховщика считаются исполненными в день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик приостанавливает срок осуществления страховой выплаты до предоставления ему недостающих сведений, о чем уведомляет лицо, обратившееся за страховой выплатой.

8.18. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

8.19. При страховании в валютном эквиваленте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату страховой выплаты.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

9.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска спор по договору страхования подлежит обязательному рассмотрению в досудебном порядке путем направления письменной претензии Страховщику, а также в соответствии с п. 9.4. Правил.

9.3. Претензия Страховщику должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом и содержать требования заявителя, контактные данные (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя, а также перечень документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

9.4. Если размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей, Страхователь (Выгодоприобретатель) после получения ответа Страховщика на претензию, либо в случае неполучения ответа Страховщика в установленные действующим законодательством сроки, вправе направить обращение финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04 июня 2018г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

9.5. В судебном порядке споры разрешаются:

9.5.1. с участием юридических лиц - в Арбитражном суде г. Москвы;

9.5.2. с участием физических лиц - в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.6. В случае, если размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей Страхователь/Выгодоприобретатель вправе направить обращение финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04 июня 2018г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

9.7. При разрешении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам.

9.8. 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.