

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «КРЕДИТ ЕВРОПА ЛАЙФ»

Приложение № 1
к приказу № 66 от 21.09.2026 г.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Часть первая. Страхование финансовых рисков юридических лиц и индивидуальных предпринимателей

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой случай
4. Исключения из страхового покрытия
5. Страховая сумма
6. Франшиза
7. Страховая премия
8. Договор страхования: заключение и прекращение
9. Изменение степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Действия сторон при наступлении страхового случая
12. Порядок выплаты страхового возмещения
13. Суброгация
14. Разрешение споров
15. Документооборот

Часть вторая. Страхование финансовых рисков физических лиц

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой случай
4. Исключения из страхового покрытия
5. Страховая сумма
6. Франшиза
7. Страховая премия
8. Договор страхования: заключение и прекращение
9. Изменение степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Действия сторон при наступлении страхового случая
12. Порядок выплаты страхового возмещения
13. Суброгация
14. Разрешение споров
15. Документооборот

Приложение № 1. Список критических заболеваний (полный перечень из 45 позиций)

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

СТРАХОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами. Правила определяют единые условия страхования финансовых рисков, порядок заключения и исполнения договоров страхования, права и обязанности сторон, а также механизм выплаты страхового возмещения.

1.2. Страховщиком по договорам страхования, заключённым на условиях настоящих Правил, выступает ООО «Страховая компания "Кредит Европа Лайф"» (далее – Страховщик). Страхователями могут быть юридические лица независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, а также дееспособные физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей.

1.3. Договор страхования заключается на принципах добровольности. Страхователь и Страховщик вправе по взаимному согласию изменять, дополнять или исключать отдельные положения Правил применительно к конкретному договору, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.4. По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство за установленную плату (страховую премию) при наступлении события, признанного страховым случаем, возместить Страхователю или указанному им Выгодоприобретателю причинённые убытки в пределах согласованной страховой суммы.

1.5. Объектом страхования по настоящим Правилам может выступать финансовый риск как самого Страхователя, так и иного лица (далее – Застрахованное лицо), которое должно быть прямо поименовано в договоре страхования. Если Застрахованное лицо не указано, риск считается застрахованным в пользу Страхователя.

1.6. В случае если договором страхования предусмотрена страховая защита в отношении нескольких лиц, все обязанности, предусмотренные Правилами для Страхователя, в равной степени распространяются на каждого из них. При этом исключительное право на совершение юридически значимых действий по договору (в том числе на получение страховой выплаты, на изменение условий договора, на отказ от договора) принадлежит непосредственно Страхователю, если иное прямо не согласовано с Застрахованным лицом и Страховщиком.

1.7. Договор страхования может быть заключён как в пользу Страхователя, так и в пользу третьего лица (Выгодоприобретателя). Выгодоприобретатель не вправе предъявлять требование о страховой выплате непосредственно Страховщику, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

1.8. Финансовый риск в целях настоящих Правил понимается как вероятность несения Страхователем или Застрахованным лицом убытков в виде дополнительных расходов или недополучения доходов в результате наступления обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

1.9. В настоящих Правилах используются следующие основные термины и понятия:

1.9.1. *Сделка* – соглашение (договор, контракт), заключённое в письменной форме между Страхователем (или Застрахованным лицом) и его Контрагентом, соответствующее действующему законодательству Российской Федерации.

1.9.2. *Контрагент* – юридическое лицо (независимо от организационно-правовой формы и формы собственности) или дееспособное физическое лицо (в том числе индивидуальный предприниматель), состоящее в договорных отношениях со Страхователем или Застрахованным лицом.

1.9.3. *Территория страхования* – географическая зона, на которую распространяется действие договора страхования. Если в договоре территория страхования не указана, она ограничивается территорией Российской Федерации.

1.9.4. *Период ожидания* – установленный договором страхования промежуток времени, по истечении которого наступившее событие признаётся страховым случаем. Датой начала периода ожидания является день, следующий за последним днём срока исполнения обязательств Контрагентом перед Страхователем или Застрахованным лицом по Сделке.

1.9.5. Если значение какого-либо термина или понятия не определено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательства, оно толкуется в его общепринятом лексическом значении.

1.10. Договор страхования действует на территории, определённой в договоре. При отсутствии указания договор действует на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя или Застрахованного лица, связанные с:

2.1.1. Риском убытков вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения Контрагентом своих обязательств по заключённой Сделке.

2.1.2. Риском убытков, вызванных наступлением обстоятельств, не зависящих от воли Страхователя или Застрахованного лица.

2.2. Конкретная Сделка (или перечень Сделок), в отношении которых производится страхование, а также обстоятельства, не зависящие от воли Страхователя или Застрахованного лица, в обязательном порядке должны быть указаны в договоре страхования.

2.3. Под убытками в соответствии с настоящими Правилами понимаются:

2.3.1. Реальный ущерб, фактически понесённый Страхователем или Застрахованным лицом при наступлении страхового случая.

2.3.2. Упущенная выгода (неполученные доходы), которую Страхователь или Застрахованное лицо могли бы получить при обычных условиях гражданского оборота, если бы их право не было нарушено.

2.3.3. Непредвиденные расходы, которые Страхователь или Застрахованное лицо понесли или обязаны будут понести в связи с наступлением страхового случая.

2.3.4. Расходы на защиту Страхователя или Застрахованного лица при ведении дел в суде, арбитражном суде или коммерческом арбитраже, включая расходы на оплату услуг экспертов и адвокатов.

2.4. Расходы, указанные в пункте 2.3.4, компенсируются только при условии, что они были произведены Страхователем или Застрахованным лицом во исполнение письменных указаний Страховщика или с его письменного согласия.

2.5. Под непредвиденными расходами понимаются расходы, которые Страхователь (Выгодоприобретатель) понес или может понести в течение срока действия Договора в связи с защитой своих прав в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, в том числе:

☐ расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам

Страхователя/Выгодоприобретателя, по которым его права и законные интересы были нарушены в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

☐ расходы на оплату нотариальных действий в связи с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя/Выгодоприобретателя, нарушенных в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора, и/или для представления нотариальных документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ расходы на оплату услуг оценщиков, экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинские заключения) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ иные расходы, предусмотренные Договором.

2.6. В договоре страхования стороны могут предусмотреть страхование как всех перечисленных видов убытков, так и отдельных их категорий в зависимости от специфики страхуемого риска.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю или Выгодоприобретателю.

3.2. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.1.1 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя или Застрахованного лица убытков в результате нарушения Контрагентом своих обязательств по Сделке по следующим причинам:

3.2.1. Ликвидация Контрагента в судебном порядке.

3.2.2. Несостоятельность (банкротство) Контрагента в соответствии с законодательством, действующим на территории страхования. Несостоятельность (банкротство) Контрагента считается наступившей в случаях, когда возбуждено производство по делу о банкротстве и применена одна из следующих процедур банкротства:

наблюдение;

финансовое оздоровление;

внешнее управление;

конкурсное производство;

мировое соглашение;

иная процедура банкротства, применяемая в соответствии с законодательством, действующим на территории страхования.

Датой наступления несостоятельности Контрагента считается дата вынесения арбитражным судом соответствующего судебного акта либо дата утверждения мирового соглашения, при условии, что указанная дата приходится на период действия договора страхования.

3.2.3. Длительное неисполнение Контрагентом своих обязательств (длительная просрочка платежа, несоблюдение сроков финансирования, невыполнение работ и т.д.). Датой неисполнения обязательств признаётся день, следующий за днём окончания Периода ожидания.

3.3. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.1.2 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя или Застрахованного лица убытков в связи с наступлением обстоятельств, не зависящих от их воли. К таким обстоятельствам относятся:

3.3.1. Увольнение (сокращение) Страхователя или Застрахованного лица с постоянного (основного) места работы по основаниям, предусмотренным пунктами 1 и 2 статьи 81, пунктом 10 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации.

3.3.2. Возникновение фактов, препятствующих исполнению договора, при условии, что эти факты установлены вступившим в законную силу решением суда.

3.3.3. Иные случаи, в том числе связанные с чрезвычайными и непредотвратимыми при данных условиях обстоятельствами (непреодолимой силой).

3.4. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.5 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя (Выгодоприобретателя) или Застрахованного лица непредвиденных расходов, которые он понес или может понести в течение срока действия Договора в связи с защитой своих прав в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, том числе:

☐ расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам

Страхователя/Выгодоприобретателя, по которым его права и законные интересы были нарушены в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

☐ расходы на оплату нотариальных действий в связи с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя/Выгодоприобретателя, нарушенных в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора, и/или для представления нотариальных документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ расходы на оплату услуг оценщиков, экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинские заключения) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ иные расходы, предусмотренные Договором страхования.

3.5. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

3.6. Страховщик признаёт событие страховым случаем только при наличии документального подтверждения факта, причин и обстоятельств его наступления в соответствии с разделом 12 настоящих Правил.

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховым случаем не признаётся возникновение убытков Страхователя или Застрахованного лица в результате следующих событий:

4.1.1. Умышленных действий (бездействия) Страхователя или Застрахованного лица, направленных на наступление страхового случая.

4.1.2. Обстоятельств, связанных с неисполнением или ненадлежащим исполнением Контрагентом обязательств по Сделке, о факте которых Страхователю было известно или должно было быть известно до заключения договора страхования.

4.1.3. Уничтожения имущества Страхователя или Застрахованного лица.

4.1.4. Неисполнения (ненадлежащего исполнения) Страхователем, Застрахованным лицом, их соподрядчиками, субподрядчиками или представителями своих обязательств по Сделке перед Контрагентом.

4.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховым случаем не признаётся возникновение убытков Страхователя или Застрахованного лица в результате следующих событий:

4.2.1. Действий государственных органов, в том числе незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, а также издания указанными органами и должностными лицами документов, не соответствующих законам или иным правовым актам.

4.2.2. Изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества Страхователя, Застрахованного лица или Контрагента по распоряжению государственных органов.

4.2.3. Необоснованного отказа от исполнения своих обязательств по договору Контрагентом, имеющим в своём капитале долю участия государства.

4.2.4. Изменения курсов валют.

4.2.5. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.2.6. Военных действий, манёвров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.2.7. Террористического акта и/или терроризма, независимо от других одновременно действовавших обстоятельств; действий по контролю, предупреждению, подавлению террористических актов; актов насилия или актов, опасных для человеческой жизни, материальной и нематериальной собственности, совершённых с целью влияния на правительство или запугивания населения.

4.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, в соответствии с настоящими Правилами также не покрываются:

4.3.1. Штрафы, пени, взыскания, убытки, вызванные курсовой разницей, неустойки, проценты за просрочку и прочие косвенные расходы.

4.3.2. Компенсация морального вреда и ущерба деловой репутации.

4.4. Страховое событие, указанное в п. 3.4 Правил страхования, не является Страховым случаем, если:

4.4.1. непредвиденные расходы возникли в отношении любого договора, который заключен в связи с осуществлением Страхователем (Выгодоприобретателем) предпринимательской деятельности;

4.4.2. непредвиденные расходы возникли в отношении любого договора, который заключен до вступления Договора страхования в силу;

4.4.3. непредвиденные расходы возникли в результате противоправных умышленных действий/бездействия Страхователя (Выгодоприобретателя);

4.4.4. непредвиденные расходы связаны с переводом документов на русский язык или их нотариальным заверением, если иное не указано в Договоре страхования;

4.4.5. непредвиденные расходы понесены для оплаты услуг адвоката, представителя Страхователя (Выгодоприобретателя) в суде, если иное не указано в Договоре страхования;

4.4.6. непредвиденные расходы понесены Страхователем (Выгодоприобретателем) в результате исполнения обязательств по уплате штрафов, пеней, неустоек, если иное не

указано в Договоре страхования;

4.4.7. непредвиденные расходы возникли в связи с курсовыми разницами, вызванными неисполнением, ненадлежащим исполнением, просрочкой исполнения обязательств, если иное не указано в Договоре страхования;

4.4.8. непредвиденные расходы связаны с возмещением морального вреда, если иное не указано в Договоре страхования.

4.5. Перечень исключений из страхового покрытия может быть уточнён и дополнен в договоре страхования исходя из специфики страхуемого риска и конкретной Сделки (Сделок), в отношении которой производится страхование.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение, определяется соглашением Страхователя и Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства и настоящими Правилами.

5.2. Страховая сумма не может превышать страховую стоимость страхуемых имущественных интересов Страхователя или Застрахованного лица.

5.3. Страховая стоимость устанавливается в размере максимально возможных убытков, которые Страхователь или Застрахованное лицо понесли бы при наступлении страхового случая. Убытки определяются исходя из особенностей деятельности Страхователя или Застрахованного лица, конкретного перечня застрахованных рисков и расходов, указанных в пункте 12.8 настоящих Правил.

5.4. Договором страхования страховая сумма может быть установлена ниже страховой стоимости (неполное страхование). В этом случае при наступлении страхового случая Страховщик обязан возместить Страхователю часть понесённых убытков пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости.

5.5. Если финансовый риск застрахован лишь в части страховой стоимости, Страхователь вправе осуществить дополнительное страхование, в том числе у другого страховщика, при условии, что общая страховая сумма по всем договорам страхования не превысит страховую стоимость.

5.6. Если страховая сумма, указанная в договоре страхования, превышает страховую стоимость, договор считается недействительным в части превышения. Излишне уплаченная часть страховой премии возврату не подлежит, за исключением случаев, когда завышение явилось следствием обмана со стороны Страхователя.

5.7. В случае двойного страхования (страхование одного и того же объекта у двух или нескольких страховщиков) применяются положения о последствиях страхования сверх страховой стоимости. Сумма страхового возмещения, подлежащая выплате каждым из страховщиков, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору.

5.8. Если завышение страховой суммы явилось следствием обмана со стороны Страхователя, Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным и возмещения причинённых ему убытков в размере, превышающем сумму полученной страховой премии.

5.9. Совокупная сумма страховых выплат по всем страховым случаям в течение срока действия договора ни при каких условиях не может превысить величину страховой суммы, определённой договором страхования.

5.10. Договором страхования могут быть предусмотрены отдельные лимиты ответственности (максимальные размеры страхового возмещения):

5.10.1. По одному страховому случаю, происшедшему в течение действия договора страхования.

5.10.2. Отдельно по видам событий, повлёкших наступление страхового случая.

5.10.3. В отношении отдельных Контрагентов Страхователя или Застрахованного лица. В этом случае общая страховая сумма устанавливается в размере, не превышающем сумму лимитов ответственности по всем Контрагентам, включённым в страховое покрытие.

5.11. После осуществления страховой выплаты страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного возмещения с момента наступления страхового случая. Восстановление страховой суммы до первоначального размера может быть произведено Страховщиком по письменному заявлению Страхователя при условии уплаты дополнительной страховой премии.

5.12. В период действия договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может увеличить размер страховой суммы или отдельных лимитов ответственности. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к договору страхования с уплатой дополнительной страховой премии.

РАЗДЕЛ 6. ФРАНШИЗА

6.1. Франшизой признаётся часть убытка, которая не подлежит возмещению Страховщиком и остаётся на собственном удержании Страхователя.

6.2. В договоре страхования могут быть установлены следующие виды франшизы:

6.2.1. *Условная франшиза* – при убытке, не превышающем размер франшизы, Страховщик освобождается от выплаты; если убыток превышает размер франшизы, он подлежит возмещению полностью.

6.2.2. *Безусловная франшиза* – из суммы каждого убытка вычитается размер франшизы, и возмещению подлежит только оставшаяся часть.

6.2.3. *Агрегатная франшиза* – фиксированная сумма, которая вычитается из общей суммы всех понесённых убытков за весь период действия договора страхования. Страховщик осуществляет выплаты только после того, как общая сумма убытков превысит размер агрегатной франшизы.

6.2.4. *Временная франшиза* – период времени, в течение которого наступившее событие не рассматривается как страховой случай. После окончания временной франшизы событие признаётся страховым случаем в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

6.3. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6.4. В договоре страхования также может быть установлено собственное участие Страхователя в убытках – процент от суммы понесённых убытков, остающихся на собственном удержании Страхователя после вычета всех установленных франшиз. Собственное участие Страхователя в убытках не подлежит возмещению со стороны Страховщика.

6.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, собственное участие Страхователя в убытках, франшиза и агрегатная франшиза не могут быть застрахованы Страхователем, в том числе у другого страховщика.

Раздел 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Страховой премией признаётся плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховым взносом признаётся часть страховой премии при уплате её в рассрочку.

7.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая премия уплачивается единовременно при заключении договора.

7.3. Оплата страховой премии производится наличным платежом или безналичным расчётом. При оплате безналичным путём днём оплаты считается день поступления денежных средств на расчётный счёт Страховщика или его представителя. При оплате наличными днём оплаты считается день внесения денежных средств в кассу Страховщика или его представителю.

7.4. Если договором страхования предусмотрено, что он вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днём оплаты страховой премии или её первого взноса, то в случае неоплаты или неполной оплаты договор считается не вступившим в силу. При этом Страховщик возвращает полученную сумму Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты её получения, если иное не предусмотрено договором.

7.5. Если договор страхования вступает в силу с определённой календарной даты или с даты наступления определённого события, а страховая премия (первый взнос) подлежит уплате в течение установленного срока, то в случае неоплаты или неполной оплаты договор автоматически досрочно прекращает своё действие с 00 часов дня, следующего за последним днём срока оплаты. Страхователь обязан оплатить причитающуюся часть страховой премии за фактический период действия договора.

7.6. При неоплате очередного страхового взноса (при уплате премии в рассрочку) в установленный срок договор автоматически досрочно прекращает своё действие с 00 часов дня, следующего за последним днём срока уплаты. При этом Страхователь обязан оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор.

7.7. Если страховой случай наступит до даты полной уплаты страховой премии, Страховщик при определении размера страхового возмещения вправе произвести зачёт неуплаченной суммы страховой премии.

7.8. Страховщик вправе в одностороннем порядке снизить тариф при перезаключении договора страхования на следующий год при отсутствии претензий о страховых выплатах.

РАЗДЕЛ 8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ

8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя. Письменное заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

8.2. Заявление должно содержать информацию обо всех известных Страхователю обстоятельствах, которые могут иметь существенное значение для оценки степени риска, а также необходимые сведения о заявляемом на страхование объекте, в том числе:

номера и даты договоров (Сделок), в отношении которых заключается страхование;

данные о характере, объектах, сроках и стоимости Сделок;

известные Страхователю сведения о своих Контрагентах.

Страхователь несёт ответственность за достоверность и полноту данных, представленных при заключении договора страхования.

8.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются обстоятельства, определённо оговорённые Страховщиком в договоре или в его письменном запросе.

8.4. Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о существенных обстоятельствах, Страховщик вправе требовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.5. Договор страхования может быть заключён путём составления одного документа (договора страхования или полиса).

8.6. Изменения, вносимые в договор страхования (полис) после его подписания, оформляются дополнительными соглашениями, подписанными сторонами, которые становятся неотъемлемой частью договора.

8.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором.

8.8. Договор страхования вступает в силу:

с даты его подписания сторонами;

с момента оплаты страховой премии (или её первого взноса);

с определённой календарной даты, указанной в договоре.

Конкретный момент вступления в силу указывается в договоре страхования.

8.9. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключён, в следующих случаях:

8.9.1. Истечение срока действия, указанного в договоре.

8.9.2. Исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объёме (выплата страховой суммы).

8.9.3. Отпадение возможности наступления страхового случая и прекращение существования страхового риска по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая.

8.9.4. Отказ Страхователя от договора страхования (если возможность наступления страхового случая не отпала).

8.9.5. Ликвидация Страховщика.

8.9.6. Соглашение сторон.

8.9.7. Неуплата страховой премии либо очередного взноса в размере и сроки, определённые договором.

8.9.8. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.10. Порядок возврата страховой премии при прекращении договора:

8.10.1. При истечении срока действия (п. 8.9.1) и при исполнении обязательств (п. 8.9.2) страховая премия не возвращается.

8.10.2. При отказе Страхователя от договора (п. 8.9.4) страховая премия не возвращается, если иное не установлено договором.

8.10.3. При отпадении страхового риска (п. 8.9.3) страховая премия возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесённых Страховщиком расходов, включая заявленные и урегулированные убытки.

8.10.4. В случаях ликвидации Страховщика, соглашения сторон и других случаях (п.п. 8.9.5, 8.9.6, 8.9.8) страховая премия возвращается в порядке, установленном действующим законодательством.

8.11. Все уведомления и сообщения сторон должны быть совершены в письменной форме и доставляться лично, либо путём prepaid почтового отправления с уведомлением о вручении, либо курьерской службой, либо по факсимильной или электронной связи. Сообщение по телефону должно быть подтверждено письменно в течение 72 часов одним из указанных способов.

РАЗДЕЛ 9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее 5 рабочих дней) сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Изменение обстоятельств признаётся существенным, если стороны, разумно предвидя его, вообще не заключили бы договор или заключили бы его на значительно отличающихся условиях.

9.2. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий или доплаты премии, Страховщик вправе требовать расторжения договора в судебном порядке.

9.3. Если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях, Страховщик вправе отказаться от выплаты страхового возмещения в той мере, в которой наступление страхового случая было вызвано обстоятельствами, повышающими степень риска, а также расторгнуть договор страхования.

9.4. Если застрахованный риск повышается по причинам изменения законодательства, Страховщик вправе либо предложить Страхователю изменение условий договора (включая повышение размера страховой премии), либо расторгнуть договор с уведомлением за один месяц.

РАЗДЕЛ 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Обязанности Страхователя:

10.1.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков.

10.1.2. Письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключённых в отношении того же объекта с другими страховыми компаниями, с указанием их наименований и существенных условий.

10.1.3. Сообщать Страховщику об изменениях прав на владение, распоряжение и пользование объектами недвижимости на территории страхования.

10.1.4. Создать необходимые условия Страховщику для проведения осмотров, экспертиз и иных мероприятий, связанных с заключением договора и его исполнением.

10.1.5. Соблюдать требования техники безопасности и нормативной документации на объектах страхования.

10.1.6. Уплачивать страховую премию в порядке и сроки, установленные договором.

10.1.7. Принимать все разумные и доступные меры для предотвращения или уменьшения убытков, следуя при этом инструкциям Страховщика.

10.1.8. Принимать необходимые меры по предотвращению и уменьшению вреда, причинённого при наступлении страхового случая.

10.1.9. Сообщать Страховщику в течение 5 рабочих дней о ставших известными изменениях в обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска.

10.1.10. Возвратить Страховщику полученное страховое возмещение (или его часть), если обнаружится обстоятельство, полностью или частично лишаящее Страхователя права на страховую выплату.

10.1.11. Оказывать всемерное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите при предъявлении требований о возмещении ущерба.

10.1.12. Выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком, для защиты интересов сторон при наступлении страхового случая.

10.2. Права Страхователя:

10.2.1. Досрочно прекратить договор страхования.

10.2.2. Получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным.

10.2.3. Ознакомиться с настоящими Правилами.

10.2.4. Требовать выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора и настоящих Правил.

10.3. Обязанности Страховщика:

10.3.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования.

10.3.2. Выдать Страхователю страховой полис, подтверждающий заключение договора страхования, с приложением настоящих Правил.

10.3.3. В случае проведения Страхователем мероприятий, уменьшивших риск наступления страхового случая, изменить условия договора страхования по заявлению Страхователя.

10.3.4. В течение 30 рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составить страховой акт либо известить Страхователя в письменной форме об отказе в выплате с обоснованием причин.

10.3.5. По случаям, признанным страховыми, произвести страховую выплату в течение 15 рабочих дней после подписания страхового акта, если договором не предусмотрено иное. При нарушении срока выплаты Страховщик уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в соответствии со статьёй 395 Гражданского кодекса РФ.

10.4. Права Страховщика:

10.4.1. При заключении договора страхования требовать у Страхователя все необходимые документы.

10.4.2. Проверять сообщённую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора страхования.

10.4.3. Участвовать в расследовании страховых случаев и выполнять иную работу, связанную с исполнением договора.

10.4.4. Направлять запросы в компетентные органы о предоставлении документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления страхового случая.

10.4.5. Отсрочить страховую выплату в случае:

проведения независимой экспертизы причин и обстоятельств страхового случая – на период её проведения;

возбуждения уголовного дела по факту страхового случая – до прекращения расследования или вынесения приговора судом;

начала судебного разбирательства – до вступления судебного акта в законную силу.

10.4.6. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении страхового риска.

10.4.7. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий или доплаты премии при увеличении степени риска.

РАЗДЕЛ 11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. После того как Страхователю стало известно о наступлении страхового случая, он обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 рабочих дней (за исключением выходных и праздничных дней), уведомить об этом Страховщика или его представителя способом, указанным в договоре страхования.

11.2. В случае страхования риска неисполнения Контрагентом обязательств, Страхователь обязан уведомить Страховщика о невыполнении обязательств в течение 5 рабочих дней после предусмотренной Сделкой даты исполнения.

11.3. Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая даёт Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить возмещение.

11.4. При наступлении страхового случая Страхователь обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял таких мер.

11.5. При наступлении страхового случая Страхователь также обязан:

11.5.1. Прекратить дальнейшие отношения с Контрагентом, по которому числится неисполнение обязательств.

11.5.2. Принять все необходимые меры для выполнения Контрагентом обязательств.

11.5.3. В случае если последует дальнейшее исполнение Контрагентом своих обязательств, немедленно сообщить об этом Страховщику.

11.5.4. Предоставить по требованию Страховщика свободный доступ к документам, имеющим значение для определения обстоятельств, характера и размера убытка.

11.5.5. Вместе с заявлением об убытке представить Страховщику документы, свидетельствующие о наступлении страхового случая и размере убытка.

11.5.6. Самостоятельно или по требованию Страховщика предпринять все меры и действия, необходимые для осуществления права требования к Контрагенту, вплоть до судебного преследования.

11.5.7. В случае взыскания Страховщиком с Контрагента просроченной задолженности не осуществлять попыток взыскания долга самостоятельно и консультироваться по вопросам взыскания со Страховщиком.

11.6. После получения сообщения о страховом случае Страховщик обязан:

11.6.1. Выяснить обстоятельства страхового случая, составить страховой акт и определить размер ущерба.

11.6.2. Принять решение о выплате или об отказе в выплате страхового возмещения.

11.6.3. Произвести расчёт суммы страхового возмещения после получения всех необходимых документов.

11.6.4. Выплатить страховое возмещение (или отказать в выплате) в установленный настоящими Правилами срок.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Для получения страховой выплаты Страхователь подаёт Страховщику заявление установленной формы о страховом событии с указанием известных на момент подачи заявления обстоятельств возникновения страхового события и предполагаемого убытка.

12.2. К заявлению о наступлении страхового случая прилагаются следующие документы (или их копии):

12.2.1. Копия Сделки (договора, контракта или иного документа, подтверждающего заключение сделки) с Контрагентом со всеми приложениями и дополнительными соглашениями, а также копии платёжных и иных документов, подтверждающих исполнение Страхователем или Застрахованным лицом своих обязательств по данной Сделке.

12.2.2. Товаросопроводительные документы, платёжные поручения, переписка между Страхователем (или Застрахованным лицом) и Контрагентом.

12.2.3. Копии документов, подтверждающих причину неисполнения Контрагентом обязательств по Сделке.

12.2.4. Расчёт понесённого Страхователем или Застрахованным лицом убытка с приложением подтверждающих документов (договоры, счета, сметы затрат, описи, финансовые и бухгалтерские документы, заключения юридических, консалтинговых, аудиторских фирм и др.).

12.2.5. Документы из компетентных государственных органов, экспертные заключения, подтверждающие факт наступления страхового случая, причину и характер событий, размер понесённого убытка, а также копию претензии к Контрагенту, ответа на неё, искового заявления, решения суда (если спор урегулировался в судебном порядке).

12.2.6. В случае банкротства или ликвидации Контрагента – копию соответствующего судебного акта, выписки об исключении Контрагента из Единого государственного реестра юридических лиц.

12.2.7. Документы, подтверждающие расходы на проведение независимой экспертизы.

12.2.8. Документы, подтверждающие судебные расходы, включая расходы на оплату представителей (адвокатов).

12.2.9. Документы (счета, квитанции, накладные), подтверждающие размер расходов по уменьшению убытков.

12.2.10. Иные документы, относящиеся к убытку.

12.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности представленных документов для признания события страховым случаем и определения размера убытка. При необходимости Страховщик может запросить у Страхователя дополнительные документы. Обязанность доказывания необходимости представления запрошенных документов лежит на Страховщике.

12.4. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

12.5. В течение 30 рабочих дней с момента получения Страховщиком последнего из запрошенных документов, необходимых для урегулирования страхового события, Страховщик обязан принять одно из следующих решений:

о выплате страхового возмещения с составлением страхового акта, в котором указывается сумма, подлежащая выплате;

об отказе в страховой выплате с составлением страхового акта, содержащего мотивировку отказа с указанием соответствующих норм законодательства и условий договора.

12.6. Днём выплаты страхового возмещения считается дата списания денежных средств с расчётного счёта Страховщика.

12.7. Страховая выплата производится с учётом установленных страховых сумм и франшиз (если они предусмотрены).

12.8. В сумму страхового возмещения по настоящим Правилам, если иное не установлено договором страхования, включаются:

12.8.1. Расходы, которые Страхователь или Застрахованное лицо произвели или должны будут произвести для восстановления своего нарушенного права вследствие наступления страхового случая. Конкретный состав покрываемых расходов устанавливается договором страхования, включая сумму непогашенной задолженности по Сделке.

12.8.2. Суммы непредвиденных расходов, которые Страхователь или Застрахованное лицо произвели или обязаны будут произвести вследствие наступления страхового случая. Размер страховой выплаты определяется как разность между фактически понесёнными расходами и расходами, которые были бы понесены при отсутствии страхового случая.

12.8.3. Неполученные доходы (упущенная выгода), которые Страхователь или Застрахованное лицо получили бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы их право не было нарушено. Упущенная выгода возмещается только в случаях, прямо предусмотренных договором страхования, в пределах установленного лимита.

12.8.4. Неустойка за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Сделке, а также проценты за неисполнение денежного обязательства, подлежащие уплате Страхователю или Застрахованному лицу Контрагентом, если это прямо предусмотрено договором страхования. При этом убытки возмещаются в части, не покрытой неустойкой.

12.8.5. Другие расходы Страхователя или Застрахованного лица, обязанность по возмещению которых возложена на Контрагента в соответствии с условиями Сделки.

12.8.6. Необходимые и целесообразные расходы по уменьшению убытков, произведённые по указанию Страховщика. Обязанность доказывания необходимости и целесообразности таких расходов лежит на Страхователе.

12.8.7. Расходы на предварительное выяснение обстоятельств и причин наступления страхового случая, произведённые с письменного согласия Страховщика.

12.8.8. Расходы на защиту Страхователя при ведении дел в суде, включая расходы на оплату услуг экспертов и адвокатов, если они были произведены по письменному указанию Страховщика или с его письменного согласия.

12.9. Договором страхования может быть предусмотрено возмещение как всех перечисленных расходов, так и только их части.

12.10. Из страхового возмещения вычитаются:

суммы, полученные Страхователем в качестве предоплаты или частичной оплаты;

стоимость возвращённых товаров (если их возврат не связан с несоответствием условиям Сделки);

стоимость поставленных товаров, возвращённые суммы в связи с невозможностью исполнения обязательств Контрагентом.

12.11. Выплата производится наличными через кассу Страховщика или безналичным перечислением на расчётный счёт Страхователя или Выгодоприобретателя.

12.12. Из суммы страхового возмещения вычитается неоплаченная часть страховой премии при уплате в рассрочку.

12.13. При разногласиях сторон о причинах и размере убытка любая из сторон вправе потребовать назначения независимой экспертизы, предварительно оплатив её стоимость. При сохранении разногласий спор передаётся в суд. Если экспертизой установлено, что отказ Страховщика был необоснованным, он оплачивает экспертизу полностью; в противном случае расходы относятся на Страхователя.

12.14. Если Страхователь получил возмещение ущерба от третьих лиц, Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей оплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Все суммы, полученные в погашение задолженности Контрагента после выплаты возмещения, распределяются между Страховщиком и Страхователем пропорционально их участию в убытках.

12.15. Страховщик вправе отказать в выплате, если Страхователь:

не представил необходимые документы для определения причин и размера ущерба;

не соблюдал положения настоящих Правил.

РАЗДЕЛ 13. СУБРОГАЦИЯ

13.1. К Страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещённые в результате страхования.

13.2. Перешедшее к Страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между Страхователем и лицом, ответственным за убытки.

13.3. Страхователь обязан передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления перешедшего к нему права требования.

13.4. Если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы.

РАЗДЕЛ 14. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

14.1. Споры и разногласия, возникающие между сторонами, разрешаются путём переговоров, а при недостижении согласия — в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в пределах срока исковой давности, установленного действующим законодательством.

РАЗДЕЛ 15. ДОКУМЕНТООБОРОТ

15.1. Все уведомления и письма по настоящим Правилам и договору страхования должны быть оформлены способом, позволяющим достоверно установить текст, отправителя, дату и подпись. При изменении адресов и реквизитов стороны обязаны незамедлительно известить друг друга. Если сторона не была извещена об изменении адреса, уведомления, направленные по прежнему адресу, считаются полученными с даты их поступления.

15.2. В течение 3 рабочих дней с даты принятия решения о выплате или отказе Страховщик направляет Страхователю и Выгодоприобретателю уведомление о признании случая страховым с указанием суммы выплаты либо мотивированный отказ.

15.3. Все письма и уведомления считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из условий:

15.3.1. Отправка почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре.

15.3.2. Отправка по электронной почте на адрес, указанный в договоре.

15.3.3. Отправка через личный кабинет на официальном сайте Страховщика.

15.3.4. Отправка через мобильное приложение Страховщика.

15.4. Страховщик вправе использовать усиленную квалифицированную электронную подпись для подписания документов, направляемых Страхователю. Документ, подписанный УКЭП, признаётся равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

15.5. Соглашение об электронном документообороте считается заключённым с момента совершения Страхователем действий по заключению договора страхования.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

СТРАХОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами. Правила определяют единые условия страхования финансовых рисков физических лиц, порядок заключения и исполнения договоров страхования, права и обязанности сторон, а также механизм выплаты страхового возмещения.

1.2. Страховщиком по договорам страхования, заключённым на условиях настоящих Правил, выступает ООО «Страховая компания "Кредит Европа Лайф"» (далее – Страховщик).

1.3. Страхователями по настоящим Правилам могут быть дееспособные физические лица, в том числе зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, а также юридические лица, заключающие договоры страхования в пользу физических лиц.

1.4. Договор страхования заключается на принципах добровольности. Страхователь и Страховщик вправе по взаимному согласию изменять, дополнять или исключать отдельные положения Правил

применительно к конкретному договору, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.5. По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство за установленную плату (страховую премию) при наступлении события, признанного страховым случаем, возместить Страхователю или указанному им Выгодоприобретателю причинённые убытки в пределах согласованной страховой суммы.

1.6. Объектом страхования по настоящим Правилам может выступать финансовый риск как самого Страхователя, так и иного физического лица (далее – Застрахованное лицо), которое должно быть прямо поименовано в договоре страхования. Если Застрахованное лицо не указано, риск считается застрахованным в пользу Страхователя.

1.7. В случае если договором страхования предусмотрена страховая защита в отношении нескольких лиц, все обязанности, предусмотренные Правилами для Страхователя, в равной степени распространяются на каждого из них. При этом исключительное право на совершение юридически значимых действий по договору (в том числе на получение страховой выплаты, на изменение условий договора, на отказ от договора) принадлежит непосредственно Страхователю, если иное прямо не согласовано с Застрахованным лицом и Страховщиком.

1.8. Договор страхования может быть заключён как в пользу Страхователя, так и в пользу третьего лица (Выгодоприобретателя). Выгодоприобретатель не вправе предъявлять требование о страховой выплате непосредственно Страховщику, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

1.9. Финансовый риск физического лица в целях настоящих Правил понимается как вероятность несения Страхователем или Застрахованным лицом убытков в виде дополнительных расходов или недополучения доходов в результате наступления обстоятельств, предусмотренных договором страхования. При этом финансовые риски физических лиц связаны со сделками, не относящимися к предпринимательской деятельности.

1.10. В настоящих Правилах используются следующие основные термины и понятия:

1.10.1. *Сделка* – соглашение (договор, контракт), заключённое в письменной форме между Страхователем (или Застрахованным лицом) и его Контрагентом, соответствующее действующему законодательству Российской Федерации.

1.10.2. *Контрагент* – юридическое лицо (независимо от организационно-правовой формы и формы собственности) или дееспособное физическое лицо (в том числе индивидуальный предприниматель), состоящее в договорных отношениях со Страхователем или Застрахованным лицом.

1.10.3. *Территория страхования* – географическая зона, на которую распространяется действие договора страхования. Если в договоре территория страхования не указана, она ограничивается территорией Российской Федерации.

1.10.4. *Период ожидания* – установленный договором страхования промежуток времени, по истечении которого наступившее событие признаётся страховым случаем. Датой начала периода ожидания является день, следующий за последним днём срока исполнения обязательств Контрагентом перед Страхователем или Застрахованным лицом по Сделке.

1.10.5. *Близкий родственник* в целях настоящих Правил – супруг (супруга), родители, дети (в том числе усыновлённые и находящиеся под опекой), полнородные и неполнородные братья и сёстры, бабушки и дедушки, внуки Страхователя или Застрахованного лица.

1.10.6. Если значение какого-либо термина или понятия не определено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательства, оно толкуется в его общепринятом лексическом значении.

1.11. Договор страхования действует на территории, определённой в договоре. При отсутствии указания договор действует на территории Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя или Застрахованного лица (физических лиц), связанные с:

2.1.1. Риском убытков вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения Контрагентом своих обязательств по заключённой Сделке.

2.1.2. Риском убытков, вызванных наступлением обстоятельств, не зависящих от воли Страхователя или Застрахованного лица, в том числе связанных с личными и семейными обстоятельствами.

2.2. Конкретная Сделка (или перечень Сделок), в отношении которых производится страхование, а также обстоятельства, не зависящие от воли Страхователя или Застрахованного лица, в обязательном порядке должны быть указаны в договоре страхования.

2.3. Под убытками в соответствии с настоящими Правилами понимаются:

2.3.1. Реальный ущерб, фактически понесённый Страхователем или Застрахованным лицом при наступлении страхового случая.

2.3.2. Упущенная выгода (неполученные доходы), которую Страхователь или Застрахованное лицо могли бы получить при обычных условиях гражданского оборота, если бы их право не было нарушено.

2.3.3. Непредвиденные расходы, которые Страхователь или Застрахованное лицо понесли или обязаны будут понести в связи с наступлением страхового случая.

2.3.4. Расходы на защиту Страхователя или Застрахованного лица при ведении дел в суде, арбитражном суде или коммерческом арбитраже, включая расходы на оплату услуг экспертов и адвокатов.

2.4. Расходы, указанные в пункте 2.3.4, компенсируются только при условии, что они были произведены Страхователем или Застрахованным лицом во исполнение письменных указаний Страховщика или с его письменного согласия.

2.5. Под непредвиденными расходами понимаются расходы, которые Страхователь (Выгодоприобретатель) понес или может понести в течение срока действия Договора в связи с защитой своих прав в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, в том числе:

☐ расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам

Страхователя/Выгодоприобретателя, по которым его права и законные интересы были нарушены в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

☐ расходы на оплату нотариальных действий в связи с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя/Выгодоприобретателя, нарушенных в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора, и/или для представления нотариальных документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ расходы на оплату услуг оценщиков, экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинские заключения) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ иные расходы, предусмотренные Договором.

2.6. В договоре страхования стороны могут предусмотреть страхование как всех перечисленных видов убытков, так и отдельных их категорий в зависимости от специфики страхуемого риска.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю или Выгодоприобретателю.

3.2. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.1.1 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя или Застрахованного лица убытков в результате нарушения Контрагентом своих обязательств по Сделке по следующим причинам:

3.2.1. Ликвидация Контрагента в судебном порядке.

3.2.2. Несостоятельность (банкротство) Контрагента в соответствии с законодательством, действующим на территории страхования. Несостоятельность (банкротство) Контрагента считается наступившей в случаях, когда возбуждено производство по делу о банкротстве и применена одна из следующих процедур банкротства:

наблюдение;

финансовое оздоровление;

внешнее управление;

конкурсное производство;

мировое соглашение;

иная процедура банкротства, применяемая в соответствии с законодательством, действующим на территории страхования.

Датой наступления несостоятельности Контрагента считается дата вынесения арбитражным судом соответствующего судебного акта либо дата утверждения мирового соглашения, при условии, что указанная дата приходится на период действия договора страхования.

3.2.3. Длительное неисполнение Контрагентом своих обязательств (длительная просрочка платежа, несоблюдение сроков финансирования, невыполнение работ и т.д.). Датой неисполнения обязательств признаётся день, следующий за днём окончания Периода ожидания.

3.3. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.1.2 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя или Застрахованного лица убытков в связи с наступлением обстоятельств, не зависящих от их воли. К таким обстоятельствам относятся:

3.3.1. Факты неполучения доходов и/или возникновения непредвиденных расходов в результате длительного неисполнения Контрагентом своих обязательств по предусмотренным Сделкой работам, услугам, платежам, выплатам и компенсациям, вызванных следующими причинами:

3.3.1.1. Действием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, произошедших во время и в месте исполнения Контрагентом своих обязательств. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, эпидемии, стихийные бедствия (землетрясения, наводнения, смерчи, обвалы, извержения вулканов, снежные завалы и иные стихийные бедствия), опасные природные явления, а также обстоятельства непреодолимой силы, указанные сторонами при заключении Сделки.

3.3.1.2. Невозможностью (не по вине Страхователя или Застрахованного лица) регистрации права собственности Страхователя или Застрахованного лица на объект недвижимости в течение 6 (шести) месяцев после окончания действия Сделки (договора долевого участия в строительстве, договора строительного подряда и пр.).

3.3.1.3. Неподписанием Контрагентом Страхователя или Застрахованного лица акта сдачи-приёмки объекта недвижимости в эксплуатацию в течение 1 (одного) года после даты, указанной в Сделке как дата сдачи объекта в эксплуатацию.

3.3.1.4. Непередачей по акту Контрагентом Страхователю или Застрахованному лицу объекта недвижимости, указанного в Сделке, в течение 6 (шести) месяцев после истечения срока, указанного в Сделке как срок исполнения обязательства Контрагента.

3.3.1.5. Неправомерным и осуществлённым без согласования со Страхователем или Застрахованным лицом отчуждением (продажей, передачей и т.д.) объекта недвижимости Контрагентом одновременно нескольким лицам, включая Страхователя или Застрахованное лицо.

3.3.2. Убытки, вызванные конструктивной гибелью принадлежащего Страхователю или Застрахованному лицу на праве собственности движимого имущества (транспортного средства и пр.) или установленного на него и являющегося его неотъемлемой частью дополнительного оборудования в результате действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), указанных в договоре страхования. Конструктивная гибель означает приведение в состояние, при котором стоимость восстановительного ремонта равна или превышает 70% действительной (рыночной) стоимости на дату наступления данного события, либо если это имущество не подлежит восстановлению.

3.3.3. Убытки, связанные с утратой принадлежащего Страхователю или Застрахованному лицу на праве собственности движимого или недвижимого имущества в результате прекращения права собственности на него, наступившего по вступившему в законную силу решению суда, вследствие:

3.3.3.1. Признания недействительной Сделки, в результате которой Страхователь или Застрахованное лицо приобрели право собственности на это имущество.

3.3.3.2. Признания недействительными каких-либо из сделок, предшествовавших Сделке, в результате которой Страхователь или Застрахованное лицо приобрели право собственности на это имущество.

3.3.3.3. Истребования этого имущества из чужого незаконного владения.

3.3.4. Убытки, связанные с неполучением доходов (потеря кормильца) и/или возникновением непредвиденных расходов Страхователя или Застрахованного лица, наступивших в результате:

3.3.4.1. Смерти близкого родственника Страхователя или Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, и/или критического заболевания, диагностированного в период действия договора.

3.3.4.2. Установления Страхователю или Застрахованному лицу, или его близкому родственнику инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия

договора страхования, и/или критического заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования или не позднее чем через 180 дней после его окончания.

3.3.4.3. Временной утраты трудоспособности Страхователем или Застрахованным лицом, или его близким родственником в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания на срок, превышающий установленную в договоре страхования временную франшизу.

3.3.4.4. Недобровольной потери Страхователем или Застрахованным лицом работы в результате расторжения заключённого с ним трудового договора по инициативе работодателя по основаниям, предусмотренным пунктами 1 и 2 статьи 81, пунктом 10 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации.

3.3.5. Убытки, связанные с расторжением договора купли-продажи недвижимого имущества по вине Контрагента либо по не зависящим от сторон причинам, а также с отказом в государственной регистрации договора, если государственная регистрация такого договора предусмотрена законодательством.

3.3.6. Убытки в виде непредвиденных расходов на оплату юридических услуг в области гражданского законодательства Российской Федерации, необходимых и оказанных Страхователю или Застрахованному лицу в целях правовой защиты его интересов, в связи с привлечением Страхователя или Застрахованного лица в качестве ответчика по гражданскому делу.

3.4. Страховая выплата по событию, указанному в пункте 3.3.6, осуществляется при соблюдении следующих условий:

событие, повлёкшее привлечение к участию в судебном процессе в качестве ответчика, имело место в течение срока страхования;

привлечение к участию в судебном процессе в качестве ответчика имело место в течение срока страхования;

досудебные претензии, связанные с судебным делом, были получены в течение срока страхования;

заключение договора об оказании юридических услуг и оплата оказанных услуг имели место в течение срока страхования;

определение суда о принятии искового заявления в отношении Страхователя или Застрахованного лица как ответчика по гражданскому судопроизводству вынесено в течение срока страхования.

3.5. Для объекта страхования, указанного в пункте 2.3.3 настоящих Правил, страховым случаем признаётся возникновение у Страхователя (Выгодоприобретателя) или Застрахованного лица непредвиденных расходов, которые он понес или может понести в течение срока действия Договора в связи с защитой своих прав в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, том числе:

☐ расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам

Страхователя/Выгодоприобретателя, по которым его права и законные интересы были нарушены в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

☐ расходы на оплату нотариальных действий в связи с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя/Выгодоприобретателя, нарушенных в результате неправомерных действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора, и/или для представления нотариальных документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ расходы на оплату услуг оценщиков, экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинские заключения) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд для защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

☐ иные расходы, предусмотренные Договором страхования.

3.6. События, указанные в пункте 3.3.1, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате:

недостаточного объёма инвестиций, направляемых Контрагентом на строительство объекта недвижимости из-за отсутствия у него денежных средств (если договором страхования не предусмотрено иное);

уголовно наказуемых действий Контрагента, подтверждённых приговором суда (если договором страхования не предусмотрено иное);
незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов.

3.7. Датой неисполнения своих обязательств Контрагентом Страхователя или Застрахованного лица является дата, следующая за днём окончания Периода ожидания, если иное не оговорено договором страхования.

3.8. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

3.9. Страховщик признаёт событие страховым случаем только при наличии документального подтверждения факта, причин и обстоятельств его наступления в соответствии с разделом 12 настоящих Правил.

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховым случаем не признаётся возникновение убытков Страхователя или Застрахованного лица в результате следующих событий:

4.1.1. Умышленных действий (бездействия) Страхователя или Застрахованного лица, направленных на наступление страхового случая.

4.1.2. Обстоятельств, связанных с неисполнением или ненадлежащим исполнением Контрагентом обязательств по Сделке, о факте которых Страхователю было известно или должно было быть известно до заключения договора страхования.

4.1.3. Уничтожения имущества Страхователя или Застрахованного лица.

4.1.4. Неисполнения (ненадлежащего исполнения) Страхователем, Застрахованным лицом, их соподрядчиками, субподрядчиками или представителями своих обязательств по Сделке перед Контрагентом.

4.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховым случаем не признаётся возникновение убытков Страхователя или Застрахованного лица в результате следующих событий:

4.2.1. Действий государственных органов, в том числе незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, а также издания указанными органами и должностными лицами документов, не соответствующих законам или иным правовым актам.

4.2.2. Изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества Страхователя, Застрахованного лица или Контрагента по распоряжению государственных органов.

4.2.3. Необоснованного отказа от исполнения своих обязательств по договору Контрагентом, имеющим в своём капитале долю участия государства.

4.2.4. Изменения курсов валют.

4.2.5. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.2.6. Военных действий, манёвров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если только данный риск не застрахован отдельно в договоре страхования.

4.2.7. Террористического акта и/или терроризма, независимо от других одновременно действовавших обстоятельств; действий по контролированию, предупреждению, подавлению террористических актов; актов насилия или актов, опасных для человеческой жизни, материальной и нематериальной собственности, совершённых с целью влияния на правительство или запугивания населения, если только данный риск не застрахован отдельно в договоре страхования.

4.2.8. Аварии на производстве либо иного непредвиденного для Контрагента события, прямо повлёкшего для Контрагента остановку производственного процесса либо существенное снижение объёма производства (услуг), за исключением случаев, предусмотренных в пункте 3.3.1.1 настоящих Правил.

4.2.9. Отсутствия на рынке нужных для исполнения Сделки товаров.

4.2.10. Несоответствия законодательству Российской Федерации условий Сделки, в том числе возникших из-за изменений законодательства Российской Федерации в течение сроков действия Сделки.

4.2.11. Запрета или ограничения денежных переводов из страны дебитора или страны, через которую следует платёж, введения моратория, неконвертируемости валют.

4.2.12. Аннулирования задолженности или переноса сроков погашения задолженности в соответствии с двусторонними правительственными и многосторонними международными соглашениями.

4.2.13. Отмены импортной (экспортной) лицензии, введения эмбарго на импорт (экспорт).

- 4.2.14. Непредоставления необходимых документов (товаросопроводительных документов, разрешения на вывоз или поставку товаров, лицензии и др.).
- 4.2.15. Умышленного неисполнения Контрагентом обязательств по Сделке, включая преднамеренное банкротство, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 4.2.16. Убытков Страхователя или Застрахованного лица, вызванных курсовой разницей, предъявленных к оплате неустоек, процентов за просрочку, штрафов и прочих косвенных расходов (если договором страхования не предусмотрено иное).
- 4.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, в соответствии с настоящими Правилами также не покрываются:
- 4.3.1. Компенсация морального вреда и ущерба деловой репутации.
- 4.4. Страховое событие, указанное в п. 3.5 Правил страхования, не является Страховым случаем, если:
- 4.4.1. непредвиденные расходы возникли в отношении любого договора, который заключен в связи с осуществлением Страхователем (Выгодоприобретателем) предпринимательской деятельности;
- 4.4.2. непредвиденные расходы возникли в отношении любого договора, который заключен до вступления Договора страхования в силу;
- 4.4.3. непредвиденные расходы возникли в результате противоправных умышленных действий/бездействия Страхователя (Выгодоприобретателя);
- 4.4.4. непредвиденные расходы связаны с переводом документов на русский язык или их нотариальным заверением, если иное не указано в Договоре страхования;
- 4.4.5. непредвиденные расходы понесены для оплаты услуг адвоката, представителя Страхователя (Выгодоприобретателя) в суде, если иное не указано в Договоре страхования;
- 4.4.6. непредвиденные расходы понесены Страхователем (Выгодоприобретателем) в результате исполнения обязательств по уплате штрафов, пеней, неустоек, если иное не указано в Договоре страхования;
- 4.4.7. непредвиденные расходы возникли в связи с курсовыми разницами, вызванными неисполнением, ненадлежащим исполнением, просрочкой исполнения обязательств, если иное не указано в Договоре страхования;
- 4.4.8. непредвиденные расходы связаны с возмещением морального вреда, если иное не указано в Договоре страхования.
- 4.5. Перечень исключений из страхового покрытия может быть уточнён и дополнен в договоре страхования исходя из специфики страхуемого риска и конкретной Сделки (Сделок), в отношении которой производится страхование.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА

- 5.1. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение, определяется соглашением Страхователя и Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства и настоящими Правилами.
- 5.2. Страховая сумма не может превышать страховую стоимость страхуемых имущественных интересов Страхователя или Застрахованного лица.
- 5.3. Страховая стоимость устанавливается в размере максимально возможных убытков, которые Страхователь или Застрахованное лицо понесли бы при наступлении страхового случая. Убытки определяются исходя из особенностей деятельности Страхователя или Застрахованного лица, конкретного перечня застрахованных рисков и расходов, указанных в разделе 12 настоящих Правил.
- 5.4. Договором страхования страховая сумма может быть установлена ниже страховой стоимости (неполное страхование). В этом случае при наступлении страхового случая Страховщик обязан возместить Страхователю часть понесённых убытков пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости.
- 5.5. Если финансовый риск застрахован лишь в части страховой стоимости, Страхователь вправе осуществить дополнительное страхование, в том числе у другого страховщика, при условии, что общая страховая сумма по всем договорам страхования не превысит страховую стоимость.
- 5.6. Если страховая сумма, указанная в договоре страхования, превышает страховую стоимость, договор считается недействительным в части превышения. Излишне уплаченная часть страховой премии возврату не подлежит, за исключением случаев, когда завышение явилось следствием обмана со стороны Страхователя.

5.7. В случае двойного страхования (страхование одного и того же объекта у двух или нескольких страховщиков) применяются положения о последствиях страхования сверх страховой стоимости. Сумма страхового возмещения, подлежащая выплате каждым из страховщиков, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору.

5.8. Если завышение страховой суммы явилось следствием обмана со стороны Страхователя, Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным и возмещения причинённых ему убытков в размере, превышающем сумму полученной страховой премии.

5.9. Совокупная сумма страховых выплат по всем страховым случаям в течение срока действия договора ни при каких условиях не может превысить величину страховой суммы, определённой договором страхования.

5.10. Договором страхования могут быть предусмотрены отдельные лимиты ответственности (максимальные размеры страхового возмещения):

5.10.1. По одному страховому случаю, происшедшему в течение действия договора страхования.

5.10.2. Отдельно по видам событий, повлёкших наступление страхового случая.

5.10.3. В отношении отдельных Контрагентов Страхователя или Застрахованного лица. В этом случае общая страховая сумма устанавливается в размере, не превышающем сумму лимитов ответственности по всем Контрагентам, включённым в страховое покрытие.

5.11. После осуществления страховой выплаты страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного возмещения с момента наступления страхового случая. Восстановление страховой суммы до первоначального размера может быть произведено Страховщиком по письменному заявлению Страхователя при условии уплаты дополнительной страховой премии.

5.12. В период действия договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может увеличить размер страховой суммы или отдельных лимитов ответственности. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к договору страхования с уплатой дополнительной страховой премии.

РАЗДЕЛ 6. ФРАНШИЗА

6.1. Франшизой признаётся часть убытка, которая не подлежит возмещению Страховщиком и остаётся на собственном удержании Страхователя.

6.2. В договоре страхования могут быть установлены следующие виды франшизы:

6.2.1. *Условная франшиза* – при убытке, не превышающем размер франшизы, Страховщик освобождается от выплаты; если убыток превышает размер франшизы, он подлежит возмещению полностью.

6.2.2. *Безусловная франшиза* – из суммы каждого убытка вычитается размер франшизы, и возмещению подлежит только оставшаяся часть.

6.2.3. *Агрегатная франшиза* – фиксированная сумма, которая вычитается из общей суммы всех понесённых убытков за весь период действия договора страхования. Страховщик осуществляет выплаты только после того, как общая сумма убытков превысит размер агрегатной франшизы.

6.2.4. *Временная франшиза* – период времени, в течение которого наступившее событие не рассматривается как страховой случай. После окончания временной франшизы событие признаётся страховым случаем в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

6.3. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6.4. В договоре страхования также может быть установлено собственное участие Страхователя в убытках – процент от суммы понесённых убытков, остающихся на собственном удержании Страхователя после вычета всех установленных франшиз. Собственное участие Страхователя в убытках не подлежит возмещению со стороны Страховщика.

6.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, собственное участие Страхователя в убытках, франшиза и агрегатная франшиза не могут быть застрахованы Страхователем, в том числе у другого страховщика.

РАЗДЕЛ 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Страховой премией признаётся плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховым взносом признаётся часть страховой премии при уплате её в рассрочку.

7.2. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации.

7.3. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования.

7.4. Уплата страховой премии производится наличными средствами Страховщику (его уполномоченному представителю) или по безналичному расчёту путём перечисления на расчётный счёт Страховщика (его уполномоченного представителя).

7.5. Днём уплаты страховой премии (взноса при уплате в рассрочку) считается:

при наличной оплате – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или его представителю;

при безналичной оплате – день поступления денежных средств на счёт Страховщика.

7.6. При неуплате или неполной уплате страховой премии (первого взноса), в случае если страховая премия подлежит уплате до начала срока действия договора, договор страхования считается не вступившим в силу. В случае оплаты страховой премии в сумме меньшей, чем предусмотрено договором, Страховщик возвращает полученную сумму Страхователю в течение 5 рабочих дней с даты, следующей за последним днём срока оплаты, если договором не предусмотрено иное.

7.7. При неуплате или неполной уплате страховой премии (первого взноса) в период действия договора, а также очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные договором, наступают последствия, предусмотренные пунктом 7.8 настоящих Правил.

7.8. Неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём окончания установленного срока уплаты, если договором страхования не установлено иное. Ранее уплаченная часть страховой премии возврату не подлежит.

7.9. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объёме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

7.10. При прекращении договора страхования по причине неуплаты премии Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор страхования. В случае оплаты страховой премии после прекращения договора, денежные средства, уплаченные после даты расторжения, возвращаются Страхователю в полном объёме в течение 5 рабочих дней с даты поступления средств на счёт Страховщика, если договором не предусмотрено иное.

7.11. Если уполномоченный Страховщиком на получение страховой премии страховой агент (страховой брокер) несвоевременно либо не в полном объёме перечислил её Страховщику, Страховщик не освобождается от обязанности исполнять договор страхования.

7.12. При отсутствии претензий о страховом возмещении Страховщик имеет право снизить тариф в одностороннем порядке, если Страхователь перезаключает без перерыва договор страхования на следующий год.

7.13. По договорам, заключённым на срок менее одного года, страховые премии уплачиваются в следующих размерах от суммы годовой премии:

до 5 дней 7%	до 10 дней 11%	до 15 дней 15%
до 1 месяца 20%	до 2 месяцев 30%	до 3 месяцев 40%
до 4 месяцев 50%	до 5 месяцев 60%	до 6 месяцев 70%
до 7 месяцев 75%	до 8 месяцев 80%	до 9 месяцев 85%
до 10 месяцев 90%	до 11 месяцев 95%	

Настоящее положение распространяется также на дополнительные договоры, заключённые в связи с увеличением страховой суммы в течение страхового периода, если иное не оговорено в договоре страхования.

7.14. Если страховой случай наступит до даты полной уплаты страховой премии, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения произвести зачёт неуплаченной суммы страховой премии.

РАЗДЕЛ 8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ

8.1. Договор страхования может быть заключён на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.2. По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

8.3. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

8.4. Заявление должно содержать информацию обо всех известных Страхователю обстоятельствах, которые могут иметь существенное значение для оценки степени риска, а также необходимые сведения о заявляемом на страхование объекте, в том числе:

номера и даты договоров (Сделок), в отношении которых заключается страхование;
данные о характере, объектах, сроках и стоимости Сделок;
известные Страхователю сведения о своих Контрагентах.

Страхователь несёт ответственность за достоверность и полноту данных, представленных при заключении договора страхования.

8.5. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путём направления файла на указанный адрес электронной почты или путём вручения электронного носителя информации.

8.6. При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.7. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.8. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными могут быть признаны обстоятельства, определённо оговорённые Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе.

8.9. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.10. Договор страхования, если иное в нём не предусмотрено, вступает в силу после оплаты Страхователем страховой премии (первого или единовременного страхового взноса):

при уплате страховой премии наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за днём уплаты страховой премии представителю Страховщика или в кассу Страховщика;

при уплате страховой премии по безналичному расчёту – с 00 часов дня, следующего за днём поступления страховой премии на расчётный счёт Страховщика или представителя Страховщика.

8.11. Договором страхования может быть предусмотрено, что он вступает в силу с даты его заключения либо с иной конкретной даты, определённой договором страхования.

8.12. Договор страхования, как правило, заключается сроком от 1 месяца до 1 года. Возможно заключение договора страхования на срок более года. При заключении договора страхования в нём могут быть указаны периоды страхования с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

8.13. Действие договора страхования заканчивается в 00 часов дня, следующего за датой окончания страхования.

8.14. В договоре страхования может быть предусмотрено условие автоматической пролонгации договора на следующий период. При этом, если иного не предусмотрено в договоре страхования, при оплате страховой премии в размере, указанном в договоре страхования, имеющем условие об

автопродлонгации, до истечения последнего месяца действующего годового (либо иного) периода страхования, договор автоматически продлонгируется с полностью аналогичными условиями на следующий период.

8.15. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

8.15.1. Истечение срока действия, указанного в договоре.

8.15.2. Исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объёме (выплата страховой суммы).

8.15.3. Отпадение возможности наступления страхового случая и прекращение существования страхового риска по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая.

8.15.4. Отказ Страхователя от договора страхования (если возможность наступления страхового случая не отпала).

8.15.5. Ликвидация Страховщика.

8.15.6. Соглашение сторон.

8.15.7. Ликвидация Страхователя (физического лица) в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации.

8.15.8. Гибель застрахованного имущества по причинам иным, чем наступление страхового случая.

8.15.9. Неуплата страховой премии либо очередного взноса в размере и сроки, определённые договором.

8.15.10. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации или прямо оговорённых в договоре страхования.

8.16. Порядок возврата страховой премии при прекращении договора:

8.16.1. При истечении срока действия (п. 8.15.1) и при исполнении обязательств (п. 8.15.2) страховая премия не возвращается.

8.16.2. При отпадении страхового риска (п. 8.15.3) страховая премия возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесённых Страховщиком расходов, включая заявленные и урегулированные убытки.

8.16.3. При отказе Страхователя от договора (п. 8.15.4) страховая премия не возвращается, если иное не установлено договором.

8.16.4. В случаях ликвидации Страхователя, ликвидации Страховщика, гибели имущества, соглашения сторон (п.п. 8.15.5, 8.15.6, 8.15.7, 8.15.8) страховая премия возвращается в порядке, установленном действующим законодательством.

8.17. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

8.17.1. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в указанный период и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме.

8.17.2. Если Страхователь – физическое лицо отказался от договора страхования в указанный период, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии вправе удержать её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

8.17.3. Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.17.4. Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

8.18. Страховщик вправе предусмотреть более длительный срок, в течение которого Страхователь может отказаться от страхования, и Страховщик возвратит Страхователю уплаченную страховую премию, чем срок, указанный в пункте 8.17 настоящих Правил.

8.19. В случае отказа от договора страхования Страхователя – физического лица позднее 14 (четырнадцати) календарных дней с момента его заключения уплаченная Страхователем страховая премия не возвращается (исключая случаи, когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай), если договором не предусмотрено иное.

8.20. Все уведомления и сообщения сторон должны быть совершены в письменной форме и доставляться лично, либо путём предоплаченного почтового отправления с уведомлением о вручении, либо курьерской службой, либо по факсимильной или электронной связи. Сообщение по телефону должно быть подтверждено письменно в течение 72 часов одним из указанных способов.

РАЗДЕЛ 9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее 5 рабочих дней) сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Изменение обстоятельств признаётся существенным, если стороны, разумно предвидя его, вообще не заключили бы договор или заключили бы его на значительно отличающихся условиях.

9.2. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий или доплаты премии, Страховщик вправе требовать расторжения договора в судебном порядке.

9.3. Если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях, Страховщик вправе отказаться от выплаты страхового возмещения в той мере, в которой наступление страхового случая было вызвано обстоятельствами, повышающими степень риска, а также расторгнуть договор страхования.

9.4. Если застрахованный риск повышается по причинам изменения законодательства, Страховщик вправе либо предложить Страхователю изменение условий договора (включая повышение размера страховой премии), либо расторгнуть договор с уведомлением за один месяц.

РАЗДЕЛ 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Обязанности Страхователя:

10.1.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков.

10.1.2. Письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключённых в отношении того же объекта с другими страховыми компаниями, с указанием их наименований и существенных условий.

10.1.3. Сообщать Страховщику об изменениях прав на владение, распоряжение и пользование объектами недвижимости на территории страхования.

10.1.4. Создать необходимые условия Страховщику для проведения осмотров, экспертиз и иных мероприятий, связанных с заключением договора и его исполнением.

10.1.5. Уплачивать страховую премию в порядке и сроки, установленные договором.

10.1.6. Принимать все разумные и доступные меры для предотвращения или уменьшения убытков, следуя при этом инструкциям Страховщика.

10.1.7. Принимать необходимые меры по предотвращению и уменьшению вреда, причинённого при наступлении страхового случая.

10.1.8. Сообщать Страховщику в течение 5 рабочих дней о ставших известными изменениях в обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска.

10.1.9. Возвратить Страховщику полученное страховое возмещение (или его часть), если обнаружится обстоятельство, полностью или частично лишаящее Страхователя права на страховую выплату.

10.1.10. Оказывать всемерное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите при предъявлении требований о возмещении ущерба.

10.1.11. Выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком, для защиты интересов сторон при наступлении страхового случая.

10.2. Права Страхователя:

10.2.1. Досрочно прекратить договор страхования.

10.2.2. Получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным.

10.2.3. Ознакомиться с настоящими Правилами.

10.2.4. Требовать выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора и настоящих Правил.

10.2.5. Запросить у Страховщика предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

10.3. Обязанности Страховщика:

10.3.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования.

10.3.2. При заключении договора страхования предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования. В случае если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

10.3.3. В случае проведения Страхователем мероприятий, уменьшивших риск наступления страхового случая и размер возможного вреда третьим лицам, изменить условия договора страхования с учётом этих обстоятельств на основании заявления Страхователя.

10.3.4. В течение 15 рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составить страховой акт либо известить Страхователя в письменной форме об отказе в выплате с обоснованием причин.

10.3.5. По случаям, признанным страховыми, произвести страховую выплату в сроки, установленные разделом 12 настоящих Правил. При нарушении срока выплаты Страховщик уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в соответствии со статьёй 395 Гражданского кодекса РФ.

10.3.6. Предоставить Страхователю при заключении договора страхования порядок расчёта налога, который будет удержан Страховщиком при расчёте страховой выплаты и возврате страховой премии или её части при досрочном прекращении договора страхования.

10.3.7. При заключении договора сообщить Страхователю о размере (примерном расчёте) страховой премии на основании представленного заявления с уведомлением о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

10.3.8. Сообщить Страхователю при заключении договора о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определённого срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством.

10.3.9. Сообщить Страхователю при заключении договора страхования о сроках рассмотрения обращений Страхователя относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций.

10.3.10. В случае расторжения договора страхования или отказа Страхователя от договора добровольного страхования обеспечить приём заявления в офисе, в котором был заключён договор.

10.4. Права Страховщика:

10.4.1. При заключении договора страхования требовать у Страхователя все необходимые документы.

10.4.2. Проверять сообщённую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора страхования.

10.4.3. Участвовать в расследовании страховых случаев и выполнять иную работу, связанную с исполнением договора.

10.4.4. Направлять запросы в компетентные органы о предоставлении документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления страхового случая.

10.4.5. Отсрочить страховую выплату в случае:

проведения независимой экспертизы причин и обстоятельств страхового случая – на период её проведения;

возбуждения уголовного дела по факту страхового случая – до прекращения расследования или вынесения приговора судом;

начала судебного разбирательства – до вступления судебного акта в законную силу.

10.4.6. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении страхового риска.

10.4.7. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий или доплаты премии при увеличении степени риска.

РАЗДЕЛ 11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. После того как Страхователю стало известно о наступлении страхового случая, он обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 рабочих дней (за исключением выходных и праздничных дней), уведомить об этом Страховщика или его представителя способом, указанным в договоре страхования.

11.2. В случае страхования риска неисполнения Контрагентом обязательств, Страхователь обязан уведомить Страховщика о невыполнении обязательств в течение 5 рабочих дней после предусмотренной Сделкой даты исполнения.

11.3. Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая даёт Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить возмещение.

11.4. При наступлении страхового случая Страхователь обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял таких мер.

11.5. При наступлении страхового случая Страхователь также обязан:

11.5.1. При страховании риска неисполнения обязательств Контрагентом – прекратить дальнейшие отношения с Контрагентом, по которому числится неисполнение обязательств.

11.5.2. Принять все необходимые меры для выполнения Контрагентом обязательств.

11.5.3. В случае если последует дальнейшее исполнение Контрагентом своих обязательств, немедленно сообщить об этом Страховщику.

11.5.4. Предоставить по требованию Страховщика свободный доступ к документам, имеющим значение для определения обстоятельств, характера и размера убытка.

11.5.5. Вместе с заявлением об убытке представить Страховщику документы, свидетельствующие о наступлении страхового случая и размере убытка.

11.5.6. Самостоятельно или по требованию Страховщика предпринять все меры и действия, необходимые для осуществления права требования к Контрагенту, вплоть до судебного преследования.

11.5.7. В случае взыскания Страховщиком с Контрагента просроченной задолженности не осуществлять попыток взыскания долга самостоятельно и консультироваться по вопросам взыскания со Страховщиком.

11.6. После получения сообщения о страховом случае Страховщик обязан:

11.6.1. Выяснить обстоятельства страхового случая, составить страховой акт и определить размер ущерба.

11.6.2. Принять решение о выплате или об отказе в выплате страхового возмещения.

11.6.3. Произвести расчёт суммы страхового возмещения после получения всех необходимых документов.

11.6.4. Выплатить страховое возмещение (или отказать в выплате) в установленный настоящими Правилами срок.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Для получения страховой выплаты Страхователь подаёт Страховщику заявление установленной формы о страховом событии с указанием известных на момент подачи заявления обстоятельств возникновения страхового события и предполагаемого убытка.

12.2. К заявлению о наступлении страхового случая прилагаются следующие документы (или их копии):

12.2.1. Договор страхования (страховой полис) со всеми приложениями к нему.

12.2.2. Квитанция (счёт), подтверждающая оплату страховой премии.

12.2.3. Копия Сделки (договора, контракта или иного документа, подтверждающего заключение сделки) с Контрагентом со всеми приложениями и дополнительными соглашениями, а также копии платёжных и иных документов, подтверждающих исполнение Страхователем или Застрахованным лицом своих обязательств по данной Сделке.

12.2.4. Товаросопроводительные документы, платёжные поручения, переписка между Страхователем (или Застрахованным лицом) и Контрагентом.

12.2.5. Копии документов, подтверждающих причину неисполнения Контрагентом обязательств по Сделке.

12.2.6. Расчёт понесённого Страхователем или Застрахованным лицом убытка с приложением подтверждающих документов (договоры, счета, сметы затрат, описи, финансовые и бухгалтерские документы, заключения юридических, консалтинговых, аудиторских фирм и др.).

12.2.7. Документы из компетентных государственных органов, экспертные заключения, подтверждающие факт наступления страхового случая, причину и характер событий, размер понесённого убытка, а также копию претензии к Контрагенту, ответа на неё, искового заявления, решения суда (если спор урегулировался в судебном порядке).

12.2.8. В случае банкротства или ликвидации Контрагента – копию соответствующего судебного акта, выписки об исключении Контрагента из Единого государственного реестра юридических лиц.

12.2.9. Документы из компетентных органов, подтверждающие факт, причину и обстоятельства причинения вреда третьим лицам, а также решение суда, если спор рассматривался в судебном порядке.

12.2.10. Документы, подтверждающие расходы на проведение независимой экспертизы с целью установления обстоятельств и размера причинённого убытка.

12.2.11. Документы, подтверждающие судебные расходы, включая расходы на оплату представителей (адвокатов), если спор рассматривался в судебном порядке.

12.2.12. Документы (счета, квитанции, накладные), подтверждающие размер расходов по уменьшению убытков.

12.2.13. Документы от компетентных органов, подтверждающие утрату (гибель) или повреждение имущества в результате пожара, залива, аварии инженерных сетей, взрыва, противоправных действий третьих лиц, стихийных бедствий.

12.2.14. Документы от компетентных органов, подтверждающие ДТП с участием водителя, являющегося Страхователем или Застрахованным лицом.

12.2.15. Документы лечебно-профилактических учреждений, подтверждающие госпитализацию и/или нахождение на лечении в стационаре с указанием диагноза.

12.2.16. Свидетельство о смерти Страхователя или Застрахованного лица, или близкого родственника.

12.2.17. Документы, подтверждающие родство Страхователя или Застрахованного лица с супругой/супругом, родителями, детьми, сестрой/братом, бабушкой/дедушкой, внуками.

12.2.18. Документы от компетентных органов, подтверждающие возникновение обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажора).

12.2.19. Документы, подтверждающие причинно-следственную связь между фактом возникновения расходов (убытков) и причинами, указанными в договоре страхования.

12.2.20. Иные документы, относящиеся к убытку.

12.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности представленных документов для признания события страховым случаем и определения размера убытка. При необходимости Страховщик может запросить у Страхователя дополнительные документы. Обязанность доказывания необходимости представления запрошенных документов лежит на Страховщике.

12.4. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

12.5. Если иное не оговорено договором страхования, решение о выплате или отказе принимается Страховщиком в течение 15 рабочих дней с момента получения заявления и всех необходимых документов.

12.6. В случае принятия решения о непризнании случая страховым, Страховщик в течение 3 рабочих дней с даты принятия решения направляет Страхователю и Выгодоприобретателю уведомление о непризнании случая страховым с мотивированным отказом в страховой выплате.

12.7. Выплата страхового возмещения производится:

12.7.1. В течение 5 рабочих дней после подписания Страховщиком страхового акта, если сумма страхового возмещения не превышает 40 (Сорока) миллионов рублей.

12.7.2. В течение 10 рабочих дней после подписания Страховщиком страхового акта, если сумма страхового возмещения превышает 40 (Сорок) миллионов рублей и меньше 200 (Двухсот) миллионов рублей.

12.7.3. При сумме возмещения свыше 200 (Двухсот) миллионов рублей срок и порядок выплаты согласовываются сторонами дополнительно, но в любом случае не более 30 рабочих дней после подписания Страховщиком страхового акта.

12.8. Днём выплаты страхового возмещения считается дата списания денежных средств с расчётного счёта Страховщика.

12.9. Страховая выплата производится с учётом установленных страховых сумм и франшиз (если они предусмотрены).

12.10. В сумму страхового возмещения по настоящим Правилам, если иное не установлено договором страхования, включаются:

12.10.1. Расходы, которые Страхователь или Застрахованное лицо произвели или должны будут произвести для восстановления своего нарушенного права вследствие наступления страхового случая. Конкретный состав покрываемых расходов устанавливается договором страхования, включая сумму непогашенной задолженности по Сделке.

12.10.2. Суммы непредвиденных расходов, которые Страхователь или Застрахованное лицо произвели или обязаны будут произвести вследствие наступления страхового случая (включая затраты на независимых оценщиков и экспертов, аренду ячейки в банке, проценты по кредиту, государственную пошлину, плату специализированным организациям за услуги регистрации, затраты на оформление доверенностей и т.п.).

12.10.3. По факту неполучения доходов (потеря кормильца) и/или возникновения непредвиденных расходов, указанных в пунктах 3.3.4.1–3.3.4.3 настоящих Правил, Страховщик вправе возмещать понесённые расходы на погребение (сверх суммы, компенсируемой государством), на диагностические, лабораторные исследования, врачебные консультации, медицинский инвентарь, лекарственные рецептурные препараты (сверх суммы, компенсируемой государством), расходы на реабилитационные мероприятия, санаторно-курортное лечение, оплату услуг специалиста патронажной службы (если это особо оговорено договором в рамках установленного лимита).

12.10.4. Расходы на погребение включают расходы, связанные с обрядовыми действиями по захоронению тела (останков) человека после его смерти в соответствии с обычаями и традициями, не противоречащими санитарным и иным требованиям, в том числе расходы на поминки в день погребения, расходы, связанные с исполнением волеизъявления умершего о погребении его тела (останков) или праха на указанном им месте погребения.

12.10.5. Размер страховой выплаты определяется как разность между фактически понесёнными расходами и расходами, которые были бы понесены при отсутствии страхового случая.

12.10.6. Неполученные доходы (упущенная выгода), которые Страхователь или Застрахованное лицо получили бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы их право не было нарушено. Упущенная выгода возмещается только в случаях, прямо предусмотренных договором страхования, в пределах установленного лимита.

12.10.7. Неустойка за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Сделке, а также проценты за неисполнение денежного обязательства, подлежащие уплате Контрагентом, если это прямо предусмотрено договором страхования. При этом убытки возмещаются в части, не покрытой неустойкой.

12.10.8. Другие расходы Страхователя или Застрахованного лица, обязанность по возмещению которых возложена на Контрагента в соответствии с условиями Сделки.

12.10.9. Необходимые и целесообразные расходы по уменьшению убытков, произведённые по указанию Страховщика. Обязанность доказывания необходимости и целесообразности таких расходов лежит на Страхователе.

12.10.10. Расходы на предварительное выяснение обстоятельств и причин наступления страхового случая, произведённые с письменного согласия Страховщика.

12.10.11. Расходы на защиту Страхователя при ведении дел в суде, включая расходы на оплату услуг экспертов и адвокатов, если они были произведены по письменному указанию Страховщика или с его письменного согласия.

12.10.12. Расходы на внесудебное юридическое сопровождение, но только в порядке и случаях, предусмотренных действующим законодательством, настоящими Правилами и договором страхования, при получении Страхователем предварительного письменного согласия Страховщика в отношении размера и формы таких расходов.

12.11. Договором страхования может быть предусмотрено возмещение как всех перечисленных расходов, так и только их части.

12.12. Из страхового возмещения вычитаются:

суммы, полученные Страхователем в качестве предоплаты или частичной оплаты;

стоимость возвращённых товаров (если их возврат не связан с несоответствием условиям Сделки);

стоимость поставленных товаров, возвращённые суммы в связи с невозможностью исполнения обязательств Контрагентом.

12.13. Выплата производится наличными через кассу Страховщика или безналичным перечислением на расчётный счёт Страхователя или Выгодоприобретателя.

12.14. Из суммы страхового возмещения может вычитаться неоплаченная часть страховой премии при уплате в рассрочку.

12.15. При разногласиях сторон о причинах и размере убытка любая из сторон вправе потребовать назначения независимой экспертизы, предварительно оплатив её стоимость. При сохранении разногласий спор передаётся в суд. Если экспертизой установлено, что отказ Страховщика был необоснованным, он оплачивает экспертизу полностью; в противном случае расходы относятся на Страхователя.

12.16. Если Страхователь получил возмещение ущерба от третьих лиц, Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей оплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Все суммы, полученные в погашение задолженности Контрагента после выплаты возмещения, распределяются между Страховщиком и Страхователем пропорционально их участию в убытках.

12.17. Страховщик вправе отказать в выплате, если Страхователь или Застрахованное лицо: не представили необходимые документы для определения причин и размера ущерба; не соблюдали положения настоящих Правил.

РАЗДЕЛ 13. СУБРОГАЦИЯ

13.1. К Страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь или Застрахованное лицо имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещённые в результате страхования.

13.2. Перешедшее к Страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между Страхователем и лицом, ответственным за убытки.

13.3. Страхователь обязан передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления перешедшего к нему права требования.

13.4. Если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы.

РАЗДЕЛ 14. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

14.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении либо ненадлежащем исполнении, изменении, прекращении, расторжении договора страхования, по волеизъявлению сторон могут быть разрешены путём переговоров.

14.2. Положения настоящего раздела не обязывают лиц, являющихся потребителями согласно Закону РФ «О защите прав потребителей», к обязательному досудебному претензионному порядку разрешения споров со Страховщиком, прямо не предусмотренному российским законодательством.

14.3. В отсутствие волеизъявления сторон на переговоры или при невозможности устранения разногласий путём переговоров споры разрешаются в установленном российским законодательством порядке, в том числе судебном.

14.4. В случае спора между Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем, являющимся индивидуальным предпринимателем, и Страховщиком сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

14.5. Претензия должна быть подписана надлежаще уполномоченным лицом и содержать требования заявителя, их обоснование, расчёт суммы претензии (если речь идёт о денежных обязательствах), перечень прилагаемых к претензии документов.

14.6. Претензия высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

14.7. Срок для ответа на претензию устанавливается не менее 10 календарных дней со дня получения её и указанных в качестве приложений документов.

14.8. Ответ на претензию высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

14.9. В случае если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с исковым заявлением в суд.

РАЗДЕЛ 15. ДОКУМЕНТООБОРОТ

15.1. Все уведомления и письма по настоящим Правилам и договору страхования должны быть оформлены способом, позволяющим достоверно установить текст, отправителя, дату и подпись. При изменении адресов и реквизитов стороны обязаны незамедлительно известить друг друга. Если сторона не была извещена об изменении адреса, уведомления, направленные по прежнему адресу, считаются полученными с даты их поступления.

15.2. В течение 3 рабочих дней с даты принятия решения о выплате или отказе Страховщик направляет Страхователю и Выгодоприобретателю уведомление о признании случая страховым с указанием суммы выплаты либо мотивированный отказ.

15.3. Все письма и уведомления считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из условий:

15.3.1. Отправка почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре.

15.3.2. Отправка по электронной почте на адрес, указанный в договоре.

15.3.3. Отправка через личный кабинет на официальном сайте Страховщика.

15.3.4. Отправка через мобильное приложение Страховщика.

15.4. Страховщик вправе использовать усиленную квалифицированную электронную подпись для подписания документов, направляемых Страхователю. Документ, подписанный УКЭП, признаётся равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

15.5. Соглашение об электронном документообороте считается заключённым с момента совершения Страхователем действий по заключению договора страхования.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Критическое заболевание - состояние здоровья Страхователя (Выгодоприобретателя) либо его близкого родственника, характеризующееся установлением диагноза или проведением операции, указанных в списке критических заболеваний в течение срока страхования.

Размер страховой выплаты в случае диагностирования одного из критических заболеваний, указанных в настоящем Списке, определяется договором страхования. Договором страхования могут быть предусмотрены определения критических заболеваний, отличающиеся от указанных в настоящем Списке.

1. РАК

Диагностированное врачом-специалистом (онкологом) новообразование, морфологически (гистологически) определенное и подтвержденное как злокачественное, с инвазивным ростом (и способностью к метастазированию (или без наличия метастазов, если это прямо оговорено в договоре страхования*). Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (биопсия, специфические лабораторные маркеры).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM, гистологически подтвержденные с использованием метода Бресло;

Любые предопухолевые заболевания;

Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), в том числе шейки матки;

Саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;

Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;

Папиллярная микрокарцинома щитовидной железы;

Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;

Злокачественные опухоли любой локализации на стадиях: T0NxMx, TisNxMx, T0N0M0, TisN0M0, T1N0M0, при любой степени гистопатологической дифференцировки G.

Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты в случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей Статьи.

Примечание: Особые условия частичной страховой выплаты (далее - Особые условия)* могут быть предусмотрены договором страхования в зависимости от стадии рака, впервые диагностированного в течение срока страхования, на следующих условиях:

Выплата в размере от 10 до 25% страховой суммы (процент страховой суммы указывается в договоре страхования)*: Злокачественные новообразования, диагностированные на любой стадии (по классификации TNM) и в любой локализации, включая все формы лейкозов и лимфом.

Выплата в размере 50% страховой суммы**: Злокачественные новообразования, I-II стадии (злокачественные опухоли без отдаленных метастазов и без поражения регионарных лимфатических узлов по классификации TNM, от G2 до G4), а также хронические лейкозы и не злокачественные виды лимфом.

Выплата в размере 100% страховой суммы***: Злокачественные новообразования, III-IV стадии (злокачественные опухоли III и IV стадии - опухоль с наличием отдаленных метастазов, с поражением или без поражения регионарных лимфатических узлов, любой степени G).

*Страховая выплата по каждому из пунктов Особых условий осуществляется 1 (один) раз в течение срока страхования.

**После осуществления страховой выплаты по пункту 2 Особых условий без предшествующей страховой выплаты по пункту 1 Особых условий, пунктам 1, 2 Особых условий прекращают свое действие.

***Если в течение срока действия договора страхования Страховщиком производилась страховая выплата по пунктам 1 и/или 2 Особых условий, то при наличии оснований к страховой выплате по пункту 3 Особых условий, Страховщик производит страховую выплату в размере разницы между ранее произведенными по Особым условиям страховыми выплатами и причитающейся по пункту 3 Особых условий страховой выплатой.

2. ИНФАРКТ МИОКАРДА

Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) остро возникшее состояние или обострение хронического заболевания, характеризующееся ишемическим некрозом сердечной мышцы, развивающимся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения (несоответствие перфузии миокарда его потребностям) и проявляющееся следующими диагностическими критериями:

Типичная боль в центральной части грудной клетки, возможно иррадиирующая в левую руку или лопатку, и

Новые изменения на ЭКГ

И повлекшее за собой обязательную госпитализацию и/или стационарное лечение сроком не менее 2 (двух) недель, подтвержденные документально.

Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (ЭКГ, ЭХО-КГ, лабораторные показатели).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:

Инфаркт миокарда с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без изменения сегмента БТ;

Стабильная/нестабильная стенокардия;

Безболевой инфаркт миокарда и не-0 инфаркт миокарда во всех локализациях.

3. ИНСУЛЬТ

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) острое нарушение мозгового кровообращения, вследствие цереброваскулярной патологии, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, сохраняющейся длительное время (более 3 (трех) месяцев) и приводящее к стойким неврологическим нарушениям (снижению) функции (как минимум одной) конечности. Оценка указанных состояний, может быть произведена не ранее чем через 3 (три) месяца после инсульта.

Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (КТ, МРТ или аналогичными).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:

Транзиторная ишемическая атака;

Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;

Травматическое повреждение головного мозга;

Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

4. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Диагностированная врачом-специалистом (нефрологом) терминальная стадия хронической почечной недостаточности - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции обеих почек,

расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма, требующий регулярного проведения процедуры гемодиализа или трансплантации почки.

Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных и лабораторных обследований.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:

Почечная недостаточность в стадии компенсации;

Почечная недостаточность в отсутствие необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки.

5. АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Рекомендованная и проведенная врачом-специалистом (кардиохирургом) операция аортокоронарного шунтирования (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом торакотомией или лапаротомией), заключающимся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.

Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.

6. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ

Рекомендованная врачом-специалистом (хирургом-трансплантологом) и перенесенная в качестве реципиента операция трансплантации органа (сердца, легкого, печени, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, почки) или органокомплекса, обусловленная финальной стадией органной недостаточности в связи с имевшимися ранее генетическими и метаболическими заболеваниями нарушившими нормальное функционирование органа.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается пересадка других органов, а также частей органов или тканей.

7. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АОРТЫ

Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (сосудистым хирургом/кардиохирургом) оперативное лечение, проведенное открытым доступом (торакотомией или лапаротомией) - с целью лечения хронического заболевания аорты (восстановления участка сужения, расслоения, обструкции и/или аневризмы грудного и брюшного отделов аорты, за исключением ветвей) посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом.

Операция должна быть обусловлена медицинскими показаниями специалиста - кардиолога и должна являться наиболее соответствующим данному случаю лечением.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Лечение, выполнение из «мини-доступов»;

Все малоинвазивные процедуры, такие как катетеризация, лазер, ангиопластика и другие эндоваскулярные технологии исследования и лечения.

8. ПЕРЕСАДКА КЛАПАНОВ СЕРДЦА / ХИРУРГИЯ КС

Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (кардиологом или кардиохирургом) оперативное лечение открытым доступом (торакотомией) с целью протезирования (полной замены) сердечного клапана вследствие развития стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний для восстановления функции клапанов сердца.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований, необходимых для диагностики данного заболевания.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Вальвулотомия;

Вальвулопластика;

Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

9. БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА И КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ, КОРОНАРНАЯ ДИЛАТАЦИЯ

Рекомендованная и проведенная врачами-специалистами (кардиохирургом/кардиологом, сосудистым хирургом) операция чрезкожной транслюминальной баллонной ангиопластики и/или стентирование коронарных артерий для устранения стеноза или окклюзии двух и/или более коронарных артерий при степени стеноза каждой из коронарных артерий более 70% (семидесяти процентов).

Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии с указанием степени стеноза коронарных артерий и медицинскими документами подтверждающими наличие признаков нестабильной стенокардии.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Баллонная ангиопластика (дилатация) и/или стентирование одной коронарной артерии;

Баллонная ангиопластика (дилатация) и/или стентирование коронарных артерий для устранения стеноза (сужения) менее 70% (семидесяти процентов) просвета коронарных артерий;

Лазерное лечение (ангиопластика) коронарных артерий, другие нехирургические процедуры.

10. КОРОНАРНАЯ или ЛАЗЕРНАЯ АТЕРЭКТОМИЯ

Рекомендованная и проведенная врачами-специалистами (кардиохирургом/кардиологом, сосудистым хирургом) чрезкожная, транслюминальная коронарная операция по удалению атеросклеротических бляшек, являвшихся прямой причиной частичного (более 70% (семидесяти процентов) или полного стеноза двух и более коронарных артерий.

Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии с указанием степени стеноза коронарных артерий и медицинскими документами подтверждающими наличие признаков нестабильной стенокардии.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Коронарная или лазерная атерэктомия одной коронарной артерии;

Коронарная или лазерная атерэктомия для устранения стеноза (сужения) менее 70% (семидесяти процентов) просвета коронарных артерий.

11. АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ или ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ АНЕМИЯ

Диагностированное врачом-специалистом (гематологом) хроническое системное заболевание, характеризующееся стойким нарушением функции костного мозга в виде полной аплазии, что выражается анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, требующей одного или нескольких из следующих видов лечения:

Заместительной трансфузионной терапии компонентов крови;

Применение препаратов, стимулирующих работу костного мозга;

Иммуносупрессивной терапии;

Трансплантации костного мозга.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований, включающих биопсию костного мозга.

12. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагностика Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) как прямое следствие заражения в результате случайного и непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (медицинских) обязанностей, при этом сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 (шести) месяцев от момента заражения и учреждение, в котором произошло инфицирование, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного. Застрахованный в обязательном порядке в течение 7 (семи) суток должен уведомить Страховщика о случае (прецеденте), который может привести к инфицированию и приложить отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный до этого случая.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая инфицирование в следствии половых контактов;

Введение лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача.

Примечание: Право на страховую выплату в связи с заражением ВИЧ в результате профессиональной деятельности утратится в случае, если будет обнаружен способ лечения СПИДа, или последствий

инфицирования вирусом ВИЧ, или если появится медицинская процедура, позволяющая предотвратить развитие СПИДа.

13. ВИЧ - ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагностика Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) как прямое следствие проведенного по медицинским показаниям переливания крови у Застрахованного не являющегося больным гемофилией, при этом, учреждение, в котором было произведено переливание крови, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или ответственность учреждения признана компетентными органами) по факту заражения Застрахованного.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая инфицирование в следствии половых контактов;

Введение лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача;

Все случаи инфицирования лиц больных гемофилией.

Примечание: Право на страховую выплату в связи с заражением ВИЧ в результате переливания крови утратится в случае, если будет обнаружен способ лечения СПИДа, или последствий инфицирования вирусом ВИЧ, или если появится медицинская процедура, позволяющая предотвратить развитие СПИДа.

14. ПОЛИОМИЕЛИТ

Диагностированное врачами специалистами (инфекционистом и неврологом) острое инфицирование полиомиелиту с поражением серого вещества спинного мозга и развитием паралитического полиомиелита, сопровождающегося нарушением двигательных функций и дыхательной недостаточностью в течение подряд 3 (трех) месяцев.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден документально и результатами инструментальных исследований, доказывающих присутствие вируса полиомиелита и поражения серого вещества спинного мозга.

Исключения: Из определения Критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются случаи:

Заболевание любой другой формой полиомиелита, исключаящей развитие поражения серого вещества спинного мозга и паралича;

Случаи развития паралича, не являющиеся следствием острого полиомиелита и инфицирования полиомиелиту.

15. ПАРАЛИЧ

Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине поражения, заболевания или травмы спинного мозга. Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Паралич при синдроме Гийена-Барре.

Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

16. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) хроническое, прогрессирующее заболевание нервной системы с ремитирующим течением, характеризующееся демиелинизацией белого вещества головного и спинного мозга и одновременным поражением нескольких различных отделов нервной системы и проявляющееся как минимум одним из следующих обстоятельств:

Присутствием неврологических нарушений, проявляющихся непрерывно в течение, по меньшей мере, шести месяцев;

Два и более документально подтвержденных эпизода с промежутками не менее одного месяца;

Один и более документально подтвержденный эпизод при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости, в также результатов магниторезонансной томографии, специфическими для данного заболевания.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов характерных для демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также результатами инструментальных исследований (МРТ).

17. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы с дегенерацией нейронов в области мозга, вызывающей снижение уровней дофамина в различных частях мозга и клинически проявляющееся нарушением произвольных движений в виде постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Все формы болезни Паркинсона за исключением идиопатической или первичной формы болезни Паркинсона;

Все формы болезни Паркинсона поддающиеся медикаментозной коррекции и лечению.

18. МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ

Диагностированное врачом-специалистом заболевания: мышечная дистрофия Дюшенна, Беккера, или конечностно-поясная мышечная дистрофия, проявляющиеся в виде постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев. Диагноз должен быть подтвержден результатами биопсии мышцы со значением КФК.

19. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОТОНЕЙРОНОВ

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) заболевание вызванное дегенерацией или гибелью двигательных нейронов спинного и головного мозга, контролирующей двигательную активность и проявляющееся в состоянии полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться).

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены).

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции.

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Заболевание мотонейронов включает в себя спинальную мышечную атрофию, прогрессирующий бульбарный паралич, боковой амиотрофический склероз и первичный боковой склероз.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных обследований.

20. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом и инфекционистом), острое воспаление оболочек головного и спинного мозга, проявляющееся характерными клиническими симптомами, приводящее к стойкой неврологической недостаточности и выражающееся состоянием полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Диагноз должен быть подтвержден результатами специфических инструментальных исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости), КТ или МРТ головного мозга.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Бактериальный менингит, вызванный ВИЧ инфекцией;

Бактериальный менингит, возникший на фоне хронической инфекции, включая туберкулезную инфекцию.

21. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА (В ВОЗРАСТЕ ДО 65 ЛЕТ)

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом), подтвержденное результатами когнитивных и инструментальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), дегенеративное заболевание центральной нервной системы, в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет и характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Или требовать наблюдения и постоянного присутствия специального персонала по уходу. Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная употреблением алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов;

Деменция, вызванная поражениями ЦНС неорганического характера (например, неврозы или психические заболевания);

Деменция при Болезни Пика;

Деменция при системных заболеваниях (например, гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная недостаточность и др.);

Вторичная деменция, т.е. обусловленная иными причинами - социоматическими заболеваниями (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или иными церебральными процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.).

22. ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ

Диагностированное врачом-специалистом (офтальмологом) клинически подтвержденное, впервые возникшее, необратимое состояние, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные стимулы, из-за патологических изменений в глазах, зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы. Клинически установленная и подтвержденная медицинскими документами - способность к зрению, меньше, чем 3/60 (три шестидесятых) или сужение поля зрения до 10 (десяти) градусов. Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

23. ПОТЕРЯ СЛУХА

Диагностированное врачом-специалистом и подтвержденное данными инструментальных исследований состояние полной постоянной двухсторонней потере слуха со слуховым порогом более 90 дБ (девяносто децибел), наступившее вследствие острого заболевания или травмы. Диагноз должен быть установлен только при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Врожденная глухота;

Синдром Ваарденбурга;

Синдром Ашера, синдром Альпорта;

Нейрофиброматоз типа II;

Другие наследственные заболевания, сопровождающиеся глухотой;

Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

24. ПОТЕРЯ РЕЧИ

Диагностированная врачами-специалистами (отоларингологом и неврологом) полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок, наличие которых должно быть документально подтверждено регулярными наблюдениями и осмотрами в течение 6 (шести) и более месяцев врачом-специалистом (отоларингологом).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается потеря речи психогенного характера.

25. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) и подтвержденное данными инструментальных исследований (КТ или МРТ) опасная для жизни доброкачественная опухоль головного мозга, которая может быть растущей и неоперабельной, или удаление которой под общей анестезией, вызвало постоянное неврологическое расстройство, психическую симптоматику, припадки (в том числе эпилептические), двигательную или сенсорную недостаточность на протяжении более 3 (трех) месяцев и имеющее соответствующее документальное подтверждение.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Кисты головного мозга любой локализации;

Гранулемы;

Сосудистые мальформации и пороки развития сосудов;

Гематомы и кальцификаты;

Отухоли гипофиза и спинного мозга.

26. НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС И АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (нейрохирургом) оперативное лечение, проведенное открытым доступом (краниотомией, трепанацией, ламинэктомией) - с целью лечения следующих заболеваний:

артериальные аневризмы сосудов головного мозга (подтвержденные результатами КТ, МРТ и заключением сосудистого хирурга),

доброкачественные опухоли спинного мозга (подтвержденные результатами МРТ и наличием стойкой неврологической симптоматики более 3 (трех) месяцев),

злокачественные опухоли гипофиза (подтвержденные заключением эндокринолога и нейрохирурга, результатами МРТ или КТ и наличием соответствующей симптоматики).

Установленный диагноз должен быть подтвержден врачами специалистами и данными специальных методов исследования (КТ, МРТ) и др.

Операция должна быть обусловлена медицинскими показаниями и являться наиболее соответствующим данному случаю лечением.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Операции на ЦНС проводимые эндоскопически или малоинвазивные процедуры;

Нейрохирургические операции при доброкачественных опухолях гипофиза;

Операции обусловленные наличием врожденной и приобретенно патологии структур позвоночника (позвонков, межпозвонковых дисков) в т.ч. декомпрессионные при наличии неврологической симптоматики.

27. КОМА

Диагностированное врачом-специалистом (неврологом), наиболее значительная степень патологического торможения центральной нервной системы, характеризующееся бессознательным состоянием, с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющиеся на протяжении длительного промежутка времени (более 2 (двух) месяцев), с использованием систем жизнеобеспечения, по меньшей мере, в течение 96 (девяносто шести) часов подряд и более, и имеющее следствием постоянную неврологическую симптоматику.

Диагноз должен быть подтвержден результатами осмотра и проведенного обследования, характерного для данного заболевания (оценка по шкале Глазго менее 8 (восьми) баллов).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается кома, вызванная или полученная на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.

Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ или ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ.

28. АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ или ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ

Диагностированный врачом-специалистом комплекс психоневрологических расстройств, проявляющийся как полная утрата функций коры полушарий головного мозга, при сохранности основных вегетативных функций и функции ствола мозга. Возникшее состояния должно быть напрямую связано с полным органическим разрушением коры головного мозга, при сохранении структур ствола мозга. Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом (нейрохирургом/неврологом), а также результатами специальных исследований (КТ, МРТ или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичными для данного заболевания. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими документами, подтверждающими отсутствие положительной динамики в течение 3 (трех) и более месяцев подряд.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается развитие состояния вызванного или полученного на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.

Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием КОМА.

29. ОБШИРНЫЕ ОЖОГИ

Диагностированное врачом-специалистом открытое повреждение или деструкция кожи, ее придатков, слизистых оболочек термическими, химическими, электрическими и радиационным факторами или сочетанными факторами.

Обширными считаются ожоги:

глубокие ожоги (по степени начиная с III) с площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела и требующие в обязательном порядке хирургического лечения и восстановление кожного покрова путем кожной пластики.

ожоги дыхательных путей II или III степени тяжести, обязательно сопряженные с развитием в течение 1 (одного) месяца полиорганной (сердечно-легочной) недостаточности и тяжелой бронхопневмонии.

сочетанные ожоги, по степени тяжести соответствующие глубоким ожогам поверхности тела (начиная с III) и площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела, сочетающиеся с ожогами дыхательных путей II или III степени, в соответствии с определением указанным выше.

Диагнозы должны быть подтверждены документально включая результаты измерения площади ожога определенным «Правилom девяток» (или с помощью аналогичного инструмента).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Ожоги, полученные в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, в состоянии наркотического и токсического опьянения, связанные с употреблением лекарственных препаратов без предписания врача;

Суицидальные и умышленные случаи;

Ожоги верхних дыхательных путей I или II степени не сопряженные с развитием полиорганной недостаточности и тяжелой бронхопневмонии;
Поверхностные ожоги (степенью до ШВ);
Глубокие ожоги, степенью начиная с ШВ с площадью поражения менее 20% (двадцати процентов) тела или соответствующее средней и легкой степени травмы по тяжести для жизни.

30. ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рекомендованное и проведенная врачом-специалистом (травматологом/хирургом) операция- ампутация обеих верхних конечностей или обеих нижних конечностей или одной верхней и одной нижней конечности в области выше уровня локтя или выше коленного сустава. Необходимость в проведении ампутации должна быть подтверждена документально. В случае ампутации по медицинским показаниям или в следствии заболевания, возникшего в период действия договора страхования* и подтвержден врачом-специалистом (травматологом/хирургом и сосудистым хирургом). В случае ампутации, необходимость которой возникла в результате несчастного случая, факт несчастного случая должен быть подтвержден соответствующими документами.

Исключения: Из определения Критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Потеря конечностей, произошедшая на фоне или в результате употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов, а так же потеря конечности в следствии травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения;

Потеря конечности в следствии суицидальной попытки или умышленное причинение вреда здоровью.

*Диагноз заболевания, связанного с нарушением трофики конечности, должен быть установлен в период действия договора страхования и являться прямой причиной ампутации по медицинским показаниям, при отсутствии возможности к сохранению конечности.

31. ТЯЖЁЛАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ

Диагностированные врачами-специалистами (невролог и травматолог) тяжелые повреждение костей черепа или мягких тканей (ткани мозга, сосуды, нервы, мозговые оболочки), сопровождающаяся нарушением функции головного мозга и подтвержденная специалистом, а также результатами специальных исследований (КТ или МРТ головного мозга), и проявляющаяся длительным присутствием (более 3 (трех) месяцев подряд) указанной ниже симптоматики связанной с нарушением элементарных функций и вынужденным нахождением в лежачем положении при неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Травмы головы, вызванные или полученные на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.

Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.

32. ЭНЦЕФАЛИТ

Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) группа заболеваний бактериальной, вирусной или иной этиологии, характеризующихся тяжелым течением, связанные с воспалением центральных структур головного мозга (полушарий головного мозга, ствола мозга или мозжечка), подтвержденное соответствующими специалистами и результатами исследований (анализом цереброспинальной жидкости, КТ или МРТ головного мозга). Заболевание должно иметь тяжелое течение, связанное с потерей возможности к самостоятельному выполнению трех и более элементарных бытовых действий и привести к значительным осложнениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, которые включают в

себя стойкие неврологические нарушения (слабоумие, эмоциональную лабильность, слепоту, глухоту, нарушения речи, гемиплегию или паралич). Перечень элементарных бытовых действий: Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться); Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены); Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; Есть/пить (но не готовить пищу). Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается энцефалит, развившийся на фоне ВИЧ-инфекции.

33. МОЛНИЕНОСНЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Диагностированная врачом-специалистом (гепатологом) тяжелая форма гепатита, сопровождающаяся обширным некрозом ткани печени, признаками острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.

Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований, при обязательном наличии следующих признаков:

Некроз ткани печени, поражающий все доли печени, стремительное уменьшение размеров печени, подтвержденное результатами соответствующих исследований (ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, биопсия);

Стремительно падающие показатели функции печени (значение альбумина $<3,5$ г/дл);

Нарастающая желтуха (показатель билирубина >2 мг/дл или >35 мкмоль/л);

Печеночная энцефалопатия;

Асцит средней и тяжелой степени тяжести.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается развитие острого некроза ткани печени, признаков острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии вызванное употреблением алкоголя, наркотических или лекарственных препаратов.

Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием **ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ**.

34. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Диагностированная врачом-специалистом (гепатологом) поражение печени тяжелой степени, приводящее к обширному некрозу ткани печени (циррозу), печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии. Диагноз должен соответствовать степени В или С по классификации Чайлд-Пью, а так же, в обязательном порядке, быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований, при обязательном наличии следующих признаков поражения печени соответствующих всем следующим критериям:

Нарастающая и постоянная желтуха (показатель билирубина >2 мг/дл или >35 мкмоль/л);

Асцит средней и тяжелой степени тяжести;

Стремительно падающие показатели функции печени (значение альбумина $<3,5$ г/дл);

Печеночная энцефалопатия.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:

Стадия А цирроз по классификации Чайлд-Пью;

Развитие заболевания печени и/или цирроза вследствие употребления алкоголя, наркотических или лекарственных препаратов.

Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием **МОЛНИЕНОСНЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ**.

35. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Диагностированная врачом-специалистом тяжелая форма течения впервые выявленного системного аутоиммунного заболевания соединительной ткани с преимущественным поражением почек («лопус-нефрит») и морфологическими изменениями ткани почек, соответствующими классу III, IV, V, VI в соответствии с классификацией ВОЗ.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани, имеющие аналогичные клинические проявления.

36. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Диагностированная врачом-специалистом (ревматологом) тяжелая форма течения впервые выявленного системного аутоиммунного заболевания соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов, морфологическими изменениями ткани внутренних органов (почки, селезенка) и проявляющееся в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:

Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);

Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);

Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;

Есть/пить (но не готовить пищу).

Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд.

Диагноз должен быть подтвержден заключением врача специалиста, подтверждающим наличие заболевания более 3 (трех) месяцев, результатами инструментальных и лабораторных исследований (показатели СОЭ, ревматоидный фактор, АЦЦП, анти-ЦЦП).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:

Повторные ревматоидные атаки;

Другие заболевания суставов и соединительной ткани.

Примечание: Страховая выплата по данному заболеванию производится однократно, во время действия договора страхования и прекращает платежи, независимо от числа ревматоидных атак.

37. КАРДИОМИОПАТИЯ

Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) заболевание сердца (миокарда) характеризующееся поражением миокарда в отсутствии патологии коронарных артерий, артериальной гипертензии и поражений клапанного аппарата, подтвержденное результатами специальных исследований (эхокардиография). При этом должны наблюдаться нарушения функции желудочков, имеющие следствием недостаточность не ниже III функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (IYU11J).

Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Алкогольная кардиомиопатия (кардиомиопатия возникшая в результате токсического действия этанола на миокард);

Кардиомиопатия, вызванная приемом лекарственных, наркотических и токсических препаратов без назначения квалифицированным врачом.

38. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Диагностированное врачом-специалистом (пульмонологом) постоянное тяжелое поражение дыхательной системы с частичной утратой функции и требующее постоянной кислородной терапии, а также соответствующее всем нижеперечисленным критериям:

Стойкое снижение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1, FEV1) до значений менее 1 литра (проба Тиффно).

Стойкое снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (PaO2) до значений менее 55 мм рт.ст.

39. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (I тип, инсулинозависимый)

Диагностированное врачом-специалистом (эндокринологом) заболевание, характеризующееся абсолютной недостаточностью инсулина и требующее регулярной заместительной терапии, связанной с ежедневными (многократными) инъекциями инсулина. Наличие заболевания должно быть подтверждено медицинскими документами в течение, по меньшей мере, 3 (трех) месяцев, содержащими полный диагноз заболевания, описание истории заболевания, клинической картины и результатов лабораторных методов исследования.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Развитие заболевания в следствии употребления алкоголя, наркотических, токсических и лекарственных препаратов без назначения квалифицированным врачом;

Сахарный диабет II типа;

Несахарный диабет.

40. ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ

Диагностированное врачом-специалистом (гематологом), впервые возникшее в течение срока действия страхования. поражение органов кроветворения, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, других органов развившееся в результате одномоментного действия ионизирующего излучения в дозах, превышающих допустимые. Диагноз должен быть подтвержден документально в том числе результатами инструментальных и медицинских исследований и соответствовать одной или нескольким из указанных клинических форм:

Костномозговая;

Кишечная;

Токсемическая (сосудистая);

Церебральная.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются диагностирование хронической лучевой болезни.

41. ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) в период действия договора страхования заболевание, характеризующееся повышением артериального давления в легочных артериях и легочных капиллярах с увеличением легочного кровотока или увеличением сопротивления легочных сосудов с развитием правожелудочковой недостаточности. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований - измерения среднего давления в легочной артерии в покое при катетеризации сердца (20 мм рт.ст. и выше), результатами эхокардиографии и иметь документальное подтверждение наличия клинического проявления признаков гипертрофии правого желудочка или дилатации и признаков недостаточности правых отделов сердца, в течение 3 (трех) месяцев или более.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:

Любые формы заболевания имеющие документальное подтверждение менее 3 (трех) месяцев;

Развитие заболевания в следствии употребления алкоголя, наркотических, токсических и лекарственных препаратов без назначения квалифицированным врачом.

42. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ИЛИ СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Диагностированная врачом-специалистом (ревматологом) тяжелая форма течения впервые выявленного системного прогрессирующего заболевания, в основе которого лежит воспалительное поражение мелких сосудов всего организма, с последующими фиброзно-склеротическими изменениями кожи (маскообразность лица и изменения кожи конечностей), опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (почек, сердца и легких) и развитием синдрома Рейно. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований и предоставлять документальное подтверждение наличия клинических проявлений более 3 (трех) месяцев.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани имеющие аналогичные клинические проявления.

43. ТУБЕРКУЛЕЗ

Диагностированное врачом-специалистом (фтизиатром) инфекционное бактериальное заболевание, вызванное микобактерией туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*), поражающее легкие и другие органы. Заболевание должно иметь одну из указанных форм:

Гематогенный диссеминированный туберкулёз;

Острый милиарный туберкулёз;

Очаговый (ограниченный) туберкулёз;

Инфильтративный туберкулёз;

Казеозная пневмония;

Туберкулёма легких;

Кавернозный туберкулёз;

Фиброзно-кавернозный туберкулёз;

Цирротический туберкулёз.

Диагноз, в обязательном порядке должен быть подтверждено медицинскими документами отражающими наличие указанной формы заболевания в течение 6 (шести) месяцев и более, и включающие данные инструментальных исследований (КТ и флюорография), результаты

специфических проб (проба Манту), результаты лабораторных исследований (ВК+), результатами молекулярно-генетического анализа (метод ПЦР) и данные описывающие характерную клиническую картину (длительный кашель с мокротой и кровохарканьем, стойкая лихорадка, слабость, ночная потливость, значительное похудение).

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются: Любые формы заболевания имеющие документальное подтверждение менее 6 (шести) месяцев или не потребовавшие назначения специфического лечения;

Любые формы заболевания не имеющие постоянного выделения возбудителя в окружающую среду и/или с периодическим выделением (ВК-).

Примечание: В числе документов на страховую выплату должны быть предоставлены направления или результаты прохождения специфического лечения в том числе хирургического.

44. ГРАНУЛЕМАТОЗ (Гранулематоз Вегенера)

Диагностированное врачом-специалистом аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, венулы, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, лёгких и других органов. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и лабораторных исследований, включая данные лабораторных исследований на наличие в крови классических антинейтрофильных цитоплазматических антител (кАНЦА) и подробным описанием формы заболевания (локальную и генерализованную) с указанием характерной и свойственной данному заболеванию клинической картины.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани имеющие аналогичные клинические проявления.

45. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУБЦИЙ АЛЬВЕОЛИТ

Диагностированное врачом-специалистом (пульмонологом) заболевание, характеризующееся диффузным поражением лёгочного интерстиция с последующим развитием пневмосклероза и дыхательной недостаточности, гипертензии малого круга кровообращения и лёгочного сердца. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований (КТ, МРТ, бронхоальвеолярный лаваж или сканирование с галлием-67) с отображением наличия характерных признаков (картина «сотового лёгкого»), а так же подробным описанием клинической картины признаков дыхательной недостаточности (в том числе наличие аускультативного феномена-инспираторной крепитации сравнимое с "треском целлофана" или замком-молнией), легочного сердца (диффузный серо-пепельный цианоз, усиление II тона над легочной артерией, тахикардия, S3 галоп, набухание шейных вен, периферические отеки), снижение массы тел и характерной картины.

Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются: Другие заболевания легочной и соединительной ткани имеющие аналогичные клинические проявления.
