

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ****Страховщик**

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Райффайзен Лайф», созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Страхователь**

Дееспособное физическое лицо или юридическое лицо, обратившееся за заключением Договора страхования или заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Полисными условиями. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные физические лица, лица без гражданства, а также российские и иностранные юридические лица.

**Застрахованное лицо**

Физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен и действует Договор страхования.

**Выгодоприобретатель**

Одно или несколько физических лиц, назначенных Страхователем с согласия Застрахованного лица для получения Страховых выплат по Договору страхования.

В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь должен указать величину Страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в этом случае Страховая сумма выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально их наследственным долям.

**Заявление на страхование**

Документ установленного Страховщиком образца о намерении заключить Договор страхования, заполненный и подписанный Страхователем, а также подписанный Страховщиком, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования.

**Годовщина действия Договора страхования**

Число и месяц даты начала действия Договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия Договора приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщина действия Договора страхования считается 28 февраля, в високосные годы – 29 февраля.

**Полисный год (далее также – год страхования)**

Отрезок периода страхования, начинающийся в дату вступления Договора страхования в силу или в каждую последующую Годовщину действия Договора страхования и действующий 1 (один) год.

**Период свободного ознакомления с условиями страхования**

Период, начинающийся с даты заключения Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица и длящийся 30 (тридцать) календарных дней с указанной даты, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования с возвратом в полном объеме денежных средств, уплаченных в счет Страховой премии или первого Страхового взноса, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. Возврат денежных средств, уплаченных в счет Страховой премии или первого страхового взноса производится Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

**ВАЖНО: в период свободного ознакомления Вы можете отказаться от договора и вернуть деньги полностью. Этот период начинается с**

**даты, которая указанной в страховом сертификате как дата начала срока действия договора страхования.**

**Договор страхования**

Договор страхования – соглашение, заключенное между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором сумму (Страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события, а также в случае смерти Застрахованного лица (Страхового случая).

Договор страхования состоит из:

- Заявления на страхование;
- Страхового сертификата;
- Таблицы Выкупных сумм;
- Полисных условий;
- медицинской анкеты, финансовой анкеты, результатов медицинского обследования при их наличии.

**Страховая выплата**

Денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая.

**Страховая сумма**

Определенная Договором страхования денежная сумма, устанавливаемая по каждому Страховому риску отдельно и (или) по нескольким Страховым рискам совокупно, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (Страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

**Страховое событие (риск)**

Предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

Страховой случай – совершившееся Страховое событие, признанное Страховщиком Страховым случаем.

**ВАЖНО: если наступит событие, указанное в страховом сертификате, страховщик рассмотрит документы по нему и примет решение о возможности признания этого события страховым случаем. После этого Вы получите страховую выплату.**

**Страховая премия (взнос)**

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

**Выкупная сумма**

Сумма, выплачиваемая Страхователю в случае досрочного расторжения Договора страхования в размере, установленном договором страхования.

**ВАЖНО: выкупные суммы указаны в Вашем договоре в таблице выкупных сумм. Эти суммы меньше уплаченных взносов.**

**Оплаченный договор**

Договор страхования, который продолжает действовать без обязанности Страхователя оплачивать Страховые взносы. При этом Страховая сумма и Выкупные суммы по такому договору уменьшаются.

**Врач**

Специалист, не являющийся родственником Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя, с законченным высшим медицинским образованием, что подтверждается дипломом установленного образца, выданного и (или) признаваемого на территории Российской Федерации и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

**ОСНОВНЫЕ ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ****1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Страховщик заключает договоры смешанного страхования жизни на основании настоящих Полисных условий программы смешанного страхования «Райффайзен Оптимум Премиум», утвержденных приказом Страховщика приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года (далее по тексту - Полисные условия), являющихся дополнительными правилами.

1.2. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, должны осуществляться в письменной форме, в том числе путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, и (или) отправления смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования или иной службой обмена сообщениями. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, могут быть подписаны Страхователем как собственноручно, так и посредством простой электронной цифровой подписи.

1.3. В случае изменения адреса (места нахождения) Страховщика, Страховщик имеет право уведомить Страхователя о таком изменении путем размещения соответствующей информации об изменении на своем официальном сайте в сети Интернет, и (или) отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) отправления смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования и (или) иной службой обмена сообщениями и (или) путем публикации соответствующей информации в периодической печати/СМИ (при условии, что соответствующее издание распространяется на всей территории Российской Федерации и имеет тираж не менее 10.000 экземпляров).

1.4. Страхователь и Страховщик далее по тексту Полисных условий по отдельности именуется «Сторона», а совместно – «Стороны».

**2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования по настоящим Полисным условиям являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его дожитием до определенного возраста или срока, а также со смертью Застрахованного лица.

**3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых на дату начала действия Договора страхования не менее 18 (восемнадцати) лет и не более 59 (пятидесяти девяти) полных лет, при этом максимальный возраст на момент окончания действия Договора страхования не может превышать 64 (шестидесяти четырёх) полных лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.2. Договор страхования не может быть заключен в отношении следующих лиц:

- 3.2.1. возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного в п.3.1 настоящих Полисных условий;
- 3.2.2. страдающих психическими заболеваниями и/или расстройствами;
- 3.2.3. больных СПИДом или ВИЧ инфицированных;
- 3.2.4. инвалидов 1 и 2 группы;
- 3.2.5. иных лиц, указанных в Заявлении на страхование.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении такого лица и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья и иных обстоятельствах, влияющих на степень страхового

риска и запрашиваемых при заключении Договора страхования, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**ВАЖНО: если при заключении договора Вы сообщили ложную информацию, то это может стать основанием для отказа в страховой выплате.**

3.3. Лица, имеющие служебные обязанности или хобби, связанные с повышенным риском, имеющие отклонения по состоянию здоровья, а также лица, возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного в настоящих Полисных условиях, могут быть приняты на страхование на специальных условиях, учитывающих указанные обстоятельства и факторы, или Страховщик вправе отклонить Заявление на страхование на стандартных условиях.

**4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

4.1. По настоящим Полисным условиям Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия Договора страхования и не являющиеся исключениями в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий:

4.1.1. «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования Медицинских сервисов» (предоставление Медицинских сервисов осуществляется в соответствии с Дополнительной программой «Медицинский сервис»);

4.1.2. «Смерть Застрахованного лица» (с выплатой суммы уплаченных по Договору страхования Страховых взносов за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации).

**5. ИСКЛЮЧЕНИЯ**

5.1. Договор страхования является ничтожным, если в момент заключения Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, уже произошло, или точно установлено или может быть точно установлено, что оно произойдет в скором будущем. В таком случае вся уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страхователю.

5.2. Событие, указанное в п. 4.1.2 настоящих Полисных условий, не признается Страховым случаем, если такое событие:

- 5.2.1. произошло в результате или было вызвано умственным или физическим заболеванием, или отклонением (дефектом), которым болело, по поводу которого консультировалось или получало медицинскую помощь Застрахованное лицо до заключения Договора страхования, за исключением тех умственных или физических заболеваний, или отклонений (дефектов), о которых Застрахованным лицом было сообщено Страховщику при заключении Договора страхования, посредством заполнения предоставленных Страховщиком документов;
- 5.2.2. вызвано наличием СПИДа у Застрахованного лица, за исключением случаев заражения в медицинских или иных лечебных учреждениях в результате халатности или ошибки медицинского персонала;
- 5.2.3. вызвано употреблением Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;
- 5.2.4. произошло вследствие алкогольного опьянения или отравления Застрахованного лица, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравление Застрахованного лица в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;
- 5.2.5. вызвано употреблением Застрахованным лицом алкогольной или спиртосодержащей продукции, или наркотических веществ, за

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;

5.2.6. произошло вследствие управления Застрахованным лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное лицо не имело право управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо случаи, когда Застрахованное лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

5.2.7. произошло вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством любой категории лицу, не имеющему право на управление таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца) либо лицу, находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

5.2.8. вызвано использованием летательных аппаратов, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо осуществляло перелет в качестве пассажира гражданской или военной авиации;

5.2.9. произошло вследствие занятия Застрахованным лицом любым опасным видом спорта: авто- и мотоспорт, гонки на гидроциклах, парашютный спорт, дельтапланеризм, иные воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба, бокс, конный спорт, плавание с аквалангом, рафтинг, спелеология, охота, экстремальные виды спорта (например, зорбинг, ямакаси, внетрассовые горные лыжи, паркур и др.); за исключением тех видов спорта, о которых Застрахованным лицом было сообщено Страховщику при заключении Договора страхования, посредством заполнения предоставленных Страховщиком документов;

5.2.10. произошло вследствие исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей по следующим профессиям: ныряльщики; проводники в горах, сапёры, минёры, подрывники; телохранители, сотрудники охранных агентств; каскадёры; сотрудники милицейских (полицейских) подразделений, подразделений специального назначения;

5.2.11. вызвано психическими заболеваниями или любыми умственными, или нервными расстройствами, включая депрессии любого рода;

5.2.12. вызвано необоснованным отказом Застрахованного лица от медицинского лечения;

5.2.13. вызвано беременностью, абортom или их осложнениями;

5.2.14. произошло во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы или предварительного заключения.

5.3. В Договоре страхования стороны могут предусмотреть и иные, дополнительные исключения.

5.4. Для Страхового случая «Смерть Застрахованного лица» факт отсутствия трупа или невозможности его объективного опознания отменяет само событие, кроме случаев признания Застрахованного лица умершим. Признание Застрахованного лица безвестно отсутствующим не является Страховым случаем вне зависимости от истекшего срока.

**ВАЖНО: признание гражданина, безвестно отсутствующего, умершим происходит по решению суда на основании ст. 45 Гражданского кодекса Российской Федерации.**

**6. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОБЯЗАННОСТИ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ**

6.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, когда Страховой случай наступил вследствие:

6.1.1. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

6.1.2. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

6.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

6.1.4. вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя;

6.1.5. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица в течение первых 2 (двух) лет действия Договора страхования. Если Договор страхования был восстановлен, то течение указанного срока начинается с даты восстановления Договора страхования

6.1.6. совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования.

6.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, если Страховое событие не было признано Страховым случаем.

**7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (ВЗНОСЫ). ИНДЕКСАЦИЯ**

7.1. Страховая премия (взносы) по Договору страхования определяется на основе Страховой суммы и страховых тарифов, которые рассчитываются с учетом возраста и пола Застрахованного лица, а также зависят от срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты Страховых взносов.

7.2. При расчёте Страховой премии (взносов) Страховщик вправе учитывать состояние здоровья Застрахованного лица, а также другие существенные факторы, оказывающие влияние на вероятность наступления Страхового случая. Существенными факторами признаются обстоятельства, указанные в Заявлении на страхование, являющемся неотъемлемой частью Договора страхования.

7.3. Договор страхования предусматривает оплату Страховой премии (взносов) регулярными платежами с фиксированной периодичностью оплаты. Порядок оплаты Страховой премии (взносов) указывается в Договоре страхования. Оплата Страховой премии (взносов), в срок и в объёме, установленном в Договоре страхования, является безусловной обязанностью Страхователя.

**ВАЖНО: страховой взнос должен быть уплачен до даты, указанной в страховом сертификате.**

7.4. Страховые взносы могут уплачиваться ежемесячно, ежеквартально, раз в полугодие, ежегодно.

7.5. Если Страхователь в срок не уплатил очередной Страховой взнос, то, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты очередного Страхового взноса, наступает льготный период, во время которого Договор страхования действует. Продолжительность льготного периода зависит от периодичности уплаты взносов и указана в Таблице ниже.

Периодичность оплаты	Продолжительность льготного периода
Ежегодно	60 календарных дней
1 раз в полгода	30 календарных дней
Ежеквартально	30 календарных дней
Ежемесячно	30 календарных дней

7.5.1. Страхователь обязан до истечения льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить Страховой взнос для сохранения Договора страхования в силе, в противном случае действие Договора страхования прекращается по инициативе Страховщика с даты, следующей за последним днём периода, за который был оплачен последний страховой взнос.

7.5.2. При наступлении Страхового случая в течение льготного периода размер Страховой выплаты, определяемый в соответствии с условиями Договора страхования, уменьшается на сумму непогашенной задолженности по уплате очередного Страхового взноса.

7.6. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, в том числе обязанностей по оплате

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

Страховой премии (Страховых взносов), если только Договором страхования не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор страхования.

7.7. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, возложенные на Страхователя, но не исполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате Страховой суммы по Договору страхования. Риск последствий неисполнения или несвоевременного исполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

7.8. Оплату Страховой премии (Страховых взносов) по Договору страхования вправе осуществлять иные лица, нежели Страхователь и (или) Выгодоприобретатель, уполномоченные Страхователем и действующие от его имени. При этом Страхователь обязан представить Страховщику надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие то, что денежные средства, поступившие Страховщику от третьих лиц, являются поступлением в счет оплаты Страховой премии (Страховых взносов) по соответствующему Договору страхования.

7.9. Индексация Страховой суммы и Страхового взноса проводится путём акцепта Страхователем оферты Страховщика об индексации. При этом, с целью индексации Договора страхования, за два месяца до окончания текущего года действия Договора страхования Страховщик адресует Страхователю оферту в письменной форме путём направления Страхователю по адресу электронной почты или по адресу фактического проживания, сообщённому Страхователем при заключении Договора страхования. Указанная оферта содержит размер увеличенного Страхового взноса, размер увеличенной Страховой суммы, размер Выкупных сумм, а также иные условия индексации. Уплата увеличенного (проиндексированного) Страхового взноса по Договору страхования в полном объеме и не позднее окончания Льготного периода, установленного Договором страхования, является подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями индексации Договора страхования, изложенными в оферте. Подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями индексации также может являться подписание предложенных условий простой электронной цифровой подписью.

7.10. Страховщик оставляет за собой право не предлагать и (или) прекратить индексацию одного или всех Договоров страхования, принадлежащих к одной программе страхования или снизить размер индексации путем направления письменного уведомления и дополнительного соглашения Страхователю за два месяца до окончания текущего года действия Договора страхования.

7.11. Страхователь вправе отказаться от индексации Страховых взносов на очередной год действия Договора страхования и уплатить очередной Страховой взнос без учета индексации.

7.12. Если Страховой случай произойдет в течение Льготного периода до уплаты Страхователем Страхового взноса с учетом индексации, Страховщик осуществит Страховую выплату исходя из Страховой суммы, которая была установлена в предыдущем году действия Договора страхования.

7.13. Действие положений об индексации прекращается автоматически в случае:

7.13.1. истечения срока действия Договора страхования;

7.13.2. расторжения Договора страхования;

7.13.3. преобразования Договора страхования в Оплаченный договор.

**8. ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ**

8.1. Договор страхования заключается на основании письменного Заявления на страхование.

8.2. Заявление на страхование является неотъемлемой частью Договора страхования и подписывается Страхователем и Страховщиком. В случае, если Страхователь не будет являться Застрахованным лицом по Договору страхования, Заявление на страхование также подписывается Застрахованным лицом.

8.3. Страхователь и Застрахованное лицо указывают в Заявлении на страхование, а также в медицинской и финансовой анкетах полную и достоверную информацию о себе и о состоянии своего здоровья, о Выгодоприобретателе (-ях), а также о Застрахованном (-ых) лице (-ах) и состоянии его (их) здоровья. В случае необходимости Страховщик вправе отправить Застрахованное лицо, указанное в Заявлении на страхование, на медицинское обследование для оценки фактического состояния их здоровья.

8.4. В целях заключения договора страхования Страхователь обязан предоставить

*для Страхователя – физического лица:*

8.4.1. заявление на страхование установленного образца;

8.4.2. документ, удостоверяющий личность;

8.4.3. заполненную медицинскую анкету Застрахованного лица (если применимо);

8.4.4. заполненную финансовую анкету Страхователя /Застрахованного лица (если применимо);

8.4.5. заполненные анкеты и формы документов в целях идентификации иностранных налогоплательщиков (если применимо);

8.4.6. документы, подтверждающие сведения о доходах и источники доходов Страхователя/Застрахованного лица (если применимо).

8.4.7. сведения о профессиональной деятельности, перемещениях и пребывании в других странах, занятиях спортом или опасными хобби (если применимо);

*Если Страхователем является юридическое лицо, то дополнительно предоставляются:*

8.4.8. список Застрахованных лиц;

8.4.9. заверенные копии уставных документов, выписку из единого реестра юридических лиц, данные о конечных бенефициарах и прочие сведения, необходимые Страховщику в соответствии с законодательством РФ.

8.5. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления Страхового сертификата. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового сертификата.

8.6. Со Страхователем – юридическим лицом Договор страхования заключается в виде единого документа на основе образца такого документа, утверждённого Страховщиком в установленном законом порядке.

**9. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования вступает в силу не ранее 00 ч 00 мин дня, следующего за текущим днём оформления Заявления на страхование, и действует до дня, указанного как день окончания действия Договора страхования.

9.2. Срок действия Договора страхования устанавливается соглашением сторон и указывается в Договоре страхования. Минимальный срок страхования составляет 5 (пять) лет, максимальный срок страхования составляет 35 (тридцать пять) лет.

9.3. Срок действия Договора страхования должен быть определён так, чтобы возраст Застрахованного лица на момент окончания Договора страхования не превышал границу максимального возраста, оговоренную в настоящих Полисных условиях.

9.4. Договор страхования вступает в силу только при условии полной уплаты первого Страхового взноса.

9.5. По Договору страхования Страхователь с согласия Застрахованного лица вправе назначить физическое лицо в качестве получателя Страховой выплаты - Выгодоприобретателя – и впоследствии с

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

согласия Застрахованного лица заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Страховщик не несет ответственности за Страховую выплату, осуществлённую до получения им заявления о замене Выгодоприобретателя. При этом Выгодоприобретатель не может быть заменён другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование об осуществлении Страховой выплаты (заявление).

9.6. В случае если в течение срока действия Договора страхования произошла смерть Выгодоприобретателя, Страхователь может назначить другого Выгодоприобретателя в порядке, предусмотренном действующим законодательством, а также расторгнуть Договор страхования. В случае расторжения Договора страхования в соответствии с настоящим пунктом Полисных условий, Страховщик выплачивает Страхователю Выкупную сумму.

9.7. В случае если Страхователь и (или) Застрахованное лицо допустили ошибку или непреднамеренно исказили данные, сообщённые Страховщику при заключении Договора страхования и влекущие увеличение степени Страхового риска, Страховщик вправе в течение 1 (одного) месяца с даты обнаружения такого искажения предложить Страхователю увеличить Страховую премию или изменить иные условия Договора страхования в соответствии с оценкой более высокой степени Страхового риска, а в случае его отказа – требовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

9.8. В случае отказа Страхователя от предложения увеличить Страховую премию согласно оценке повышенного риска, Страховщик вправе требовать расторжения Договора страхования полностью в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Страхователем предложения об увеличении Страховой премии.

9.9. В случае, если Страхователь и (или) Застрахованное лицо в Заявлении на страхование указали неполные или неточные сведения и (или) требуется прохождение Застрахованным лицом медицинского обследования, Страховщик вправе отложить заключение Договора страхования до получения дополнительной и/или уточнённой информации или результатов медицинского обследования.

Все расходы по медицинскому обследованию Страхователя и (или) Застрахованного лица несет Страховщик.

9.10. В случае внесения Страхователем денежных средств в счёт оплаты Страховой премии или первого Страхового взноса по заключаемому Договору страхования в день заполнения Заявления на страхование, внесённая денежная сумма учитывается при заключении Договора страхования в день заключения Договора страхования в счет оплаты причитающейся по Договору страхования Страховой премии. В случае если впоследствии Договор страхования не был заключен денежные средства, подлежат возврату.

9.11. Стороны согласны с тем, что Страховщик вправе при подписании Страхового сертификата и иных документов, имеющих отношение к Договору страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица с помощью средств механического или иного копирования.

9.12. Договор страхования может содержать иные, чем в настоящих Полисных условиях, положения, определяемые по соглашению сторон в той мере и в том содержании, которые не противоречат законодательству Российской Федерации.

9.13. Если в Договоре страхования Страховая премия (Страховые взносы), Страховая сумма и Выкупные суммы устанавливаются в валютном эквиваленте, уплата/выплата денежных средств осуществляется в валюте Российской Федерации по курсу Банка России на дату внесения платежа/выплаты, если иной курс или иная дата его определения не определены законом или соглашением сторон (обменный курс).

9.14. Уплата/выплата денежных средств по Договору страхования производится в валюте, установленной в Договоре страхования или в валютном эквиваленте, если Договор страхования заключён с нерезидентом и/или Страховая выплата производится нерезиденту Российской Федерации, при условии, что такой порядок не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

**10. ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Действие Договора страхования прекращается в связи с окончанием срока действия Договора страхования или по иным основаниям, предусмотренным Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации, в том числе, по следующим основаниям:

10.1.1. Исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме – осуществление Страховой выплаты в размере установленной по Договору страхования Страховой суммы.

10.1.2. По инициативе Страховщика - в случае неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере, либо в случае нарушения Страхователем иных обязанностей, предусмотренных настоящими Полисными условиями. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о причине и дате досрочного расторжения Договора страхования. Под письменным уведомлением о расторжении Договора страхования понимается отправление Страховщиком письма Почтой России, отправление электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) отправление смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования или с использованием иной службы обмена сообщениями.

10.1.3. По соглашению Сторон.

10.1.4. По инициативе Страхователя, при этом Договор страхования прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя на расторжение Договора страхования, но не ранее даты получения Страховщиком такого заявления.

10.1.5. Смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо или иное физическое, или юридическое лицо не примут на себя обязательства Страхователя по Договору страхования.

10.1.6. Если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай, в том числе, в связи со смертью Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, по причинам, перечисленным в п.5.2. Полисных условий;

10.1.7. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. В течение одного года с даты окончания льготного периода по заявлению Страхователя и при условии согласия со стороны Страховщика на такое восстановление, может быть восстановлено действие Договора страхования, который был расторгнут по инициативе Страховщика и по которому выкупная сумма не была выплачена.

10.3. Для восстановления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику соответствующее заявление на восстановление Договора страхования и оплатить восстановительный страховой взнос в размере полной задолженности по оплате страховых взносов на дату написания заявления на восстановление в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи заявления на восстановление, а также (в случае, если с даты расторжения до даты подачи заявления на восстановление Договора страхования прошло более 90 (девяноста) календарных дней, или в случае, если Страховщик на этот счет сделал отдельный запрос)

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

предоставить Страховщику по его запросу информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица.

10.4. Договор страхования считается восстановленным с даты, указанной в уведомлении о восстановлении Договора страхования, которое Страховщик направляет Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения о восстановлении Договора страхования. За период с даты расторжения Договора страхования до даты его восстановления дополнительный инвестиционный доход не начисляется.

10.5. Страховщик вправе отказать Страхователю в восстановлении Договора страхования в случае получения Страховщиком в соответствии информации о состоянии здоровья Страхователя, препятствующей восстановлению действия Договора страхования (в том числе получения положительных ответов на вопросы о наличии заболеваний, указанных Страховщиком).

10.6. В случае принятия решения об отказе в восстановлении Договора страхования Страховщик направляет Страхователю уведомление о невозможности восстановить Договор страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия такого решения. Возврат уплаченного Восстановительного страхового взноса производится Страховщиком Страхователю на основании заявления о возврате переплаченной суммы с указанием банковских реквизитов.

10.7. В случае досрочного расторжения Договора страхования, Страховщик в соответствии с действующим налоговым законодательством удерживает сумму применимого налога на доходы физических лиц (НДФЛ), подлежащую удержанию при выплате Выкупных сумм, если Страхователь своевременно не представит справку из налогового органа, подтверждающую неполучение социального налогового вычета, и (или) если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации (в соответствии со ст. 213, 219 Налогового кодекса Российской Федерации).

**11. ВЫКУПНАЯ СУММА**

11.1. Выкупная сумма - это сумма, выплачиваемая Страхователю в случае расторжения Договора страхования в размере, установленном Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Страховщик выплачивает Выкупную сумму согласно таблице Выкупных сумм, являющейся приложением к Страховому сертификату, скорректированную с учетом п. 11.4. Полисных условий.

11.3. Выкупная сумма выплачивается:

11.3.1. Страхователю,

11.3.2. Наследникам Страхователя в случае его смерти.

11.4. Порядок определения размера подлежащей выплате Выкупной суммы:

11.4.1. При ежегодной оплате Страхового взноса Выкупная сумма подлежит выплате в размере, указанном в Договоре страхования на последний год действия Договора страхования, за который был оплачен Страховой взнос, и увеличенном на текущую величину начисленного дополнительного инвестиционного дохода.

11.4.2. При оплате Страхового взноса в рассрочку в течение года страхования Выкупная сумма подлежит выплате в размере, указанном в Договоре страхования на год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, уменьшенном на суммарную величину Страховых взносов, не уплаченных за год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос, и увеличенном на текущую величину начисленного дополнительного инвестиционного дохода.

11.5. Страхователь имеет право на получение Выкупной суммы в соответствии с настоящим разделом Полисных условий также и по Оплаченному договору.

11.6. Решение о выплате Выкупной суммы Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты подачи Страхователем заявления на выплату Выкупной суммы.

11.7. В случае положительного решения о выплате Выкупной суммы, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения производит выплату Выкупной суммы Страхователю на банковские реквизиты, указанные в заявлении Страхователя на выплату Выкупной суммы.

11.8. В случае отрицательного решения о выплате Выкупной суммы, Страховщик направляет Страхователю мотивированный отказ в выплате Выкупной суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения.

11.9. В случае расторжения Договора страхования по соглашению Сторон, Страховщик направляет Страхователю соглашение о расторжении Договора страхования. Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения указанного соглашения направить Страховщику подписанный экземпляр соглашения с указанными банковскими реквизитами. Выплата Выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком от Страхователя подписанного соглашения с указанными банковскими реквизитами.

**12. ОПЛАЧЕННЫЙ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.**

12.1. Договор страхования может быть переведён в Оплаченный в следующих случаях:

12.1.1. на основании заявления Страхователя

12.1.2. по инициативе Страховщика в случае неуплаты Страховых взносов в соответствии с условиями настоящего раздела Полисных условий.

**ВАЖНО: договор страхования не подлежит переводу в Оплаченный, если Выкупная сумма на дату окончания последнего оплаченного периода равна нулю.**

12.2. Страховая сумма после перевода Договора страхования в Оплаченный определяется как Выкупная сумма на дату окончания последнего оплаченного периода (в соответствии с таблицей Выкупных сумм, приведенной в приложении к Страховому сертификату), умноженная на коэффициент  $K$ , где  $K$  рассчитывается как:

12.2.1.1. Если Страховая сумма и Страховая премия выражены в евро или долларах США:

$$K = (130 - n) / 100, \text{ где}$$

$n$  – срок действия Договора страхования в годах

12.2.1.2. Если Страховая сумма и Страховая премия выражены в рублях:

$$K = (130 - n + m * r) / 100, \text{ где}$$

$n$  – срок действия Договора страхования в годах

$m$  – количество полных лет до конца действия Договора страхования,  $r$  – поправочный коэффициент, равный 5.

12.2.2. В случае если Договором страхования предусмотрена периодичность уплаты Страховых взносов чаще, чем один раз в год, Страховая сумма, рассчитанная в соответствии с п. 12.2. Полисных условий, уменьшается на сумму Страховых взносов, подлежащих уплате до конца текущего Полисного года и не уплаченных Страхователем.

12.3. При переводе Договора страхования в Оплаченный размер Выкупных сумм также подлежит перерасчету, а Дополнительный инвестиционный доход не начисляется.

12.4. Договор страхования, переведённый в Оплаченный, может быть возобновлён на условиях, действовавших до такого перевода, если:

12.4.1. Страховщик согласен на такое возобновление;

12.4.2. с момента перевода Договора страхования в Оплаченный договор прошло не более 6 (шести) месяцев.

12.5. Для возобновления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику соответствующее заявление на возобновление действия Договора страхования.

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

Страховщик подтверждает согласие на возобновление Договора страхования на условиях, действовавших до его перевода в Оплаченный договор, в течение 20 (двадцати) календарных дней с момента получения письменного заявления Страхователя о возобновлении Договора страхования на прежних условиях.

12.6. Если Страховщик не уведомил Страхователя о невозможности возобновления Договора страхования на прежних условиях в указанный период, это свидетельствует о согласии Страховщика на возобновление Договора страхования на прежних условиях.

12.7. В случае, если после перевода Договора страхования в Оплаченный договор прошло более 90 (девяноста) дней, Страховщик проводит опрос Застрахованного лица о состоянии его здоровья, по результатам которого принимает решение о возможно возобновления Договора страхования на его первоначальных условиях.

12.8. Если возобновление Договора страхования на прежних условия невозможно, Договор страхования может быть возобновлен на иных условиях путем подписания Сторонами соответствующего дополнительного соглашения.

**13. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

13.1. В случае изменения профессии и (или) места работы, а также хобби Застрахованного лица, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней в письменной форме.

Если в результате данных изменений Страховой риск увеличился, Страховщик вправе предложить Страхователю оплачивать увеличенный размер Страховой премии по Договору страхования. В случае уменьшения Страхового риска Страховщик вправе предложить Страхователю либо оплачивать уменьшенный размер Страховой премии, либо увеличить Страховую сумму.

13.2. Указанные в п. 13.1. Полисных условий изменения оформляются в виде дополнительного соглашения к Договору страхования и вступают в силу со дня подписания данного дополнительного соглашения обеими сторонами.

13.3. Если Страхователь не уведомил Страховщика об изменениях, указанных в п. 13.1. Полисных условий, или в течение 14 (четырнадцать) календарных дней после получения предложения Страховой премии Страхователь не принял окончательного решения, Страховщик при наступлении Страхового случая вправе:

13.3.1. Провести перерасчет Страховой премии в сторону её увеличения вследствие увеличения степени Страхового риска и осуществить выплату Страховой суммы за вычетом разницы между Страховой суммой, указанной в Договоре страхования, и Страховой суммой, пересчитанной пропорционально изменению Страховой премии в результате переоценки Страхового риска.

13.3.2. Провести перерасчет Страховой премии в сторону её уменьшения вследствие уменьшения степени Страхового риска и вернуть Страхователю разницу между величиной фактически уплаченной Страховой премии и величиной Страховой премии, уменьшенной в результате переоценки Страхового риска.

13.4. Условия Договора страхования, касающиеся размера Страховой суммы, периодичности уплаты и размера Страховых взносов могут быть изменены на основании письменного заявления Страхователя не чаще одного раза в год в Годовщину действия Договора страхования на основании дополнительного соглашения к Договору страхования.

13.5. Валюта Договора страхования может быть изменена только с третьего Полисного года.

**14. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

14.1. По Страховому событию (рisku) «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования Медицинских сервисов» Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100 % от Страховой суммы,

установленной по данному риску. В дополнение к Страховой сумме, установленной по данному риску, выплачивается начисленный дополнительный инвестиционный доход.

14.2. По Страховому событию (рisku) «Смерть Застрахованного лица» Страховщик осуществляет выплату в соответствии с условиями Договора страхования и (или) Основными Полисными условиями в размере суммы уплаченных по Договору Страхования Страховых взносов, за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации (ст. 213, 219 Налогового кодекса Российской Федерации).

14.3. Если в какой-либо момент после осуществления Страховой выплаты по Страховому риску «Смерть Застрахованного лица» выяснится, что Застрахованное лицо живо, все неосновательно приобретённые Страховые выплаты должны быть полностью возмещены Страховщику.

**15. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

15.1. Общий порядок Страховой выплаты.

15.1.1. При наступлении Страхового случая Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан известить Страховщика о наступлении Страхового случая в течение 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения и представить Страховщику необходимые документы. Направление Страховщику уведомления по истечении 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, может повлечь отказ в Страховой выплате в той мере, в какой нарушение таких сроков повлияло на обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

15.1.2. Для решения вопроса о признании Страхового случая и Страховой выплате Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошёл Страховой случай, даты, места и обстоятельств наступления Страхового случая с указанием всех необходимых реквизитов, а также представить документы, указанные в настоящих Полисных условиях.

15.1.3. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты вынесения Страховщиком решения о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты. Решение о признании или отказе в признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты представления всех необходимых документов, что оформляется страховым актом.

**ВАЖНО: в полисных условиях указаны максимальные сроки принятия решения Страховой компанией, на практике по большинству случаев этот срок не превышает 15 (пятнадцать) рабочих дней после получения Страховой компанией полного пакета документов.**

15.1.4. В случае вынесения решения об отказе в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с даты вынесения такого решения направляет письменный отказ в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты с обоснованием причин отказа.

15.1.5. Принятие решения о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением Страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо до устранения других обстоятельств, объективно препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

Страхователю (Выгодоприобретателю) уведомительное письмо с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате.

15.1.6. Страховая выплата осуществляется в виде единовременной выплаты, если иное не согласовано Страховщиком и Страхователем в дополнительном соглашении к Договору страхования.

15.1.7. Страховая выплата производится безналичным перечислением на банковский счет Выгодоприобретателя.

15.1.8. Если Выгодоприобретатель не будет назначен, то получателем Страховой выплаты будет Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица - наследники Застрахованного лица.

15.1.9. В случае если Выгодоприобретатель на момент осуществления Страховой выплаты является несовершеннолетним, причитающаяся ему сумма переводится во вклад в банке на его имя с уведомлением его законных представителей.

15.2. Все заявления на Страховую выплату должны быть представлены в письменной форме. Все свидетельства, информация и доказательства, документы, предусмотренные настоящими Полисными условиями и Договором страхования и запрошенные Страховщиком, должны быть представлены бесплатно, в такой форме и такого содержания, как запрашивает Страховщик. К заявлению на Страховую выплату, установленного Страховщиком образца, должны прилагаться:

15.2.1. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования Медицинских сервисов»:

15.2.1.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

15.2.1.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (копия, удостоверенная нотариально не ранее даты окончания срока страхования);

15.2.1.3. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица (копия);

15.2.1.4. Предоставление в течение Срока страхования медицинских сервисов осуществляется в соответствии с Дополнительной программой «Медицинский сервис».

15.2.2. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Смерть Застрахованного лица»:

15.2.2.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

15.2.2.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, указанного в Страховом сертификате или наследника (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) (копия);

15.2.2.3. для наследника Застрахованного лица (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) - свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного лица (копия, заверенная нотариально);

15.2.2.4. свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

15.2.2.5. справка о смерти (копия, заверенная нотариально);

15.2.2.6. официальные медицинские заключения и выписки из медицинской документации, содержащие точный диагноз и описывающие причину смерти (медицинское свидетельство о смерти, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписка из истории болезни, амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением или нотариально).

Если смерть произошла в результате Несчастного случая, дополнительно предоставляются:

15.2.2.7. протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением),

15.2.2.8. справка из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

15.2.2.9. постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенные в установленном законом порядке в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

15.2.2.10. детальное описание обстоятельств несчастного случая, имени, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате.

15.3. Перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятие решения о Страховой выплате, не может быть расширен по инициативе Страховщика.

Любой иной, специальный перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятие решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения сторон, в том числе на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате.

**16. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

16.1. Страховщик обязан:

16.1.1. Ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования, по запросу Страхователя или Застрахованного лица – разъяснить отдельные их положения;

16.1.2. При наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в установленный Договором страхования срок;

16.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице и их имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации;

16.1.4. Не разглашать медицинскую информацию, полученную в связи с заключением или исполнением Договора страхования, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи перестраховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному лицу для оценки степени риска и для оформления договора перестрахования, сострахования и т.д.

16.2. Страхователь обязан:

16.2.1. Уплачивать Страховую премию (Страховые взносы) в размере и сроки, установленные Договором страхования;

16.2.2. Уведомить Страховщика о наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, в течение 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении такого события, и представить Страховщику необходимые документы, согласно настоящим Полисным условиям. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страховых событий, должна быть исполнена Выгодоприобретателем или законным представителем Выгодоприобретателя.

16.2.3. Ежегодно обновлять информацию о Страхователе (Выгодоприобретателе, Застрахованном лице) путем заполнения и направления в адрес Страховщика идентификационной анкеты, по форме, размещенной на сайте Страховщика в сети Интернет. Идентификационная анкета не заполняется, если за прошедший Полисный год данные о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованном лице не изменились;



**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

16.2.4. По требованию и за счет Страховщика пройти медицинское обследование, а в случае, если Страхователь и Застрахованное лицо – разные лица, обеспечить прохождение такого обследования Застрахованным лицом.

16.3. Страхователь имеет право:

16.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования;

16.3.2. Получить дубликат Страхового сертификата в случае его утраты;

16.3.3. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной;

16.3.4. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (поверенному), при участии которого осуществляется заключение Договора страхования;

16.3.5. Досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика;

16.3.6. Осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

16.4. Страховщик имеет право:

16.4.1. Проверять сообщаемую Страхователем и/или Застрахованным лицом информацию, а также выполнение Страхователем своих обязанностей по Договору страхования в той мере, в которой это не противоречит законодательству Российской Федерации;

16.4.2. По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в связи с изменениями в законодательстве Российской Федерации, которые прямо или косвенно влияют на объём обязательств Страховщика или Страхователя;

16.4.3. Требовать от Застрахованного лица прохождения медицинского обследования для оценки риска принятия Застрахованного лица на страхование;

16.4.4. Использовать для направления уведомлений, заявлений, других документов, необходимых как для урегулирования Страхового случая, так и носящие информативный характер, но имеющее значение для заключенного Договора страхования, по своему выбору одним из способов отправки: на бумажном экземпляре через Почту России, путем направления сообщений на электронную почту Страхователя, указанную как контактный адрес, а также путем направления коротких текстовых сообщений (смс) на номер телефона Страхователя, указанный в качестве контактного и (или) иной службой обмена сообщениями;

16.4.5. Осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

**17. УЧАСТИЕ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА**

17.1. В соответствии с условиями Договора страхования, включая также условия о Выкупной сумме, Страховщик вправе начислять дополнительный инвестиционный доход по Договору страхования.

17.2. Порядок начисления и выплаты инвестиционного дохода:

17.2.1. Дополнительный инвестиционный доход начисляется в конце каждого календарного года, пропорционально количеству дней, в течение которых Договор страхования действовал в соответствующем календарном году.

17.2.2. Ставка участия в инвестиционном доходе определяется Страховщиком по итогам календарного года не позднее 31 мая года, следующего за годом начисления, в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика.

17.3. Дополнительный инвестиционный доход за расчетный период рассчитывается из двух составляющих:

17.3.1. на базе математического резерва на начало календарного года, за который производится расчет дополнительного инвестиционного дохода, путем умножения математического резерва на разницу ставки участия в инвестиционном доходе и ставки гарантированной доходности по Договору страхования. Также учитывается доля действия договора страхования в течение

календарного года, за который производится начисление дополнительного инвестиционного дохода;

17.3.2. на базе накопленного дополнительного инвестиционного дохода на начало календарного года, за который производится расчет дополнительного инвестиционного дохода, путем умножения дополнительного инвестиционного дохода на начало календарного года на ставку участия в инвестиционном доходе.

17.4. При досрочном прекращении (расторжении) Договора страхования Страховщик не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода за календарный год, окончившийся после даты досрочного прекращения, и не производит начисление дополнительного инвестиционного дохода, если на дату досрочного прекращения Договора страхования фактическая инвестиционная доходность за календарный год, предшествующий дате досрочного прекращения, не была объявлена.

17.5. Дополнительный инвестиционный доход для целей определения размера Страховой выплаты рассчитывается по состоянию на дату окончания срока страхования.

17.6. Дополнительный инвестиционный доход для целей расчета Выкупной суммы определяется Страховщиком в размере по состоянию на дату досрочного прекращения Договора.

**18. УПЛАТА НАЛОГОВ**

18.1. Суммы налогов, подлежащие оплате в связи с заключением и исполнением Договора страхования, оплачиваются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, ст. 213, 219 Налогового кодекса Российской Федерации).

**ВАЖНО: подробная информация о порядке налогообложения размещена на сайте страховщика.**

**19. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)**

19.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Стороны вправе задержать выполнение обязательств по Договору страхования на время действия таких обстоятельств.

**20. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

20.1. Все споры по Договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**21. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

21.1. В дополнение к настоящим Полисным условиям Страховщиком могут быть разработаны дополнительные Полисные условия, устанавливающие специальные условия дополнительных программ страхования.

21.2. При наличии противоречий между настоящими Полисными условиями и условиями дополнительных программ страхования, преимущество имеют дополнительные Полисные условия по соответствующей программе страхования.

21.3. При наличии противоречий между настоящими Полисными условиями и условиями, изложенными в страховом сертификате и дополнительных соглашениях, преимущество имеют условия, изложенные в страховом сертификате и дополнительных соглашениях.

**Дополнительные полисные условия страхования от несчастных случаев (далее «Дополнительные Полисные условия»)****1. Общие положения**

1.1. Настоящие Дополнительные полисные условия страхования от несчастных случаев являются дополнением к Основным Полисным условиям страхования.

1.2. По Дополнительным программам страхования от несчастных случаев, перечисленным в разделе 3 Дополнительных полисных условий (далее – «Дополнительные программы страхования»), Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая с

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

Застрахованным лицом осуществить Страховую выплату Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю по Дополнительным программам страхования, указанным в Договоре страхования, независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими Страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству Российской Федерации.

1.3. Положения Основных Полисных условий распространяются на Дополнительные программы страхования, предусмотренные настоящими Дополнительными Полисными условиями, если иное специально не предусмотрено в Дополнительных Полисных условиях. Размер Страховой выплаты по Дополнительным программам страхования определяется в соответствии с условиями Договора страхования.

1.4. Физические лица, состояние здоровья которых является неудовлетворительным вследствие каких-либо врожденных или приобретенных хронических заболеваний, состояний или иных физических дефектов, могут быть застрахованы по данным Дополнительным программам страхования на измененных условиях, а именно с увеличенной Страховой премией. Физические лица с полной неспособностью к труду или требующие постороннего ухода, не подлежат страхованию в любом случае, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.5. Действие настоящих Дополнительных полисных условий и Страховых рисков прекращается в Годовщину действия Договора страхования, непосредственно следующую за датой достижения Страхователем 65-летнего (шестидесяти пятилетнего) возраста. Страховщик оставляет за собой право по согласованию со Страхователем изменить предельный возраст Застрахованного лица, указав это ограничение в Договоре страхования.

1.6. Данные Дополнительные Полисные условия должны применяться вместе с Основными Полисными условиями. Если Основные Полисные условия противоречат данным Специальным условиям, то преимущественную юридическую силу имеют Дополнительные условия. Во всем, что прямо не урегулировано настоящими Дополнительными Полисными условиями, применяются Основные Полисные условия (в частности условия о расторжении договора страхования, правах и обязанности сторон и иное).

1.7. Определения:

**Врач**

Специалист, не являющийся родственником Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя, с законченным высшим медицинским образованием, что подтверждается дипломом установленного образца, выданного и (или) признаваемого на территории Российской Федерации и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

**Несчастный случай**

Внезапное кратковременное непредвиденное внешнее событие, повлекшее за собой смерть Застрахованного лица или телесное повреждение Застрахованного лица, следствием которого явилось развитие полной постоянной нетрудоспособности, соответствующей I-й группе инвалидности, если такое событие произошло в период действия Договора страхования независимо от воли Страхователя и (или) Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя. Следующие события однозначно относятся к Несчастливым случаям при условии, что они произошли в период действия Договора страхования: дорожно-транспортное происшествие, железнодорожная или авиакатастрофа, воздействие электрического разряда, в том числе удар молнии, падения, воздействие различных видов оружия или иных объектов, взрывной волны, укусов животных. Пищевое или химическое

отравление, если оно не является следствием болезни; отравление вследствие вдыхания ядовитых газов или испарений, если оно не является проявлением профессионального заболевания; любая инфекция, явившаяся следствием телесного повреждения в результате несчастного случая; ожоги, вызванные воздействием пламени, электричества, нагретыми объектами, жидкостями, паром, кислотами, щелочами и им подобными; утопление; удушье вследствие механического воздействия масс земли, песка или иных сыпучих веществ.

**Инвалидность**

Социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

**Первая группа Инвалидности**

Установленная федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы первая группа инвалидности по причине нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности.

**Вторая группа Инвалидности**

Установленная федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы вторая группа инвалидности, по причине нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности.

**в) Третья группа Инвалидности**

Установленная федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы третья группа инвалидности, по причине нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящего к не резко или умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности.

**Нерабочая группа инвалидности**

Группа инвалидности, установленная в силу ограничения способности к трудовой деятельности проявляющаяся в полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противоположности трудовой деятельности.

**2. Страховые случаи**

2.1. Страховыми случаями по Дополнительным Полисным условиям являются следующие события, при условии, что они обладают признаками вероятности и случайности их наступления, которые произошли в период действия Дополнительных программ страхования:

2.1.1. «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая».

2.1.2. «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая».

**3. Исключения и основания освобождения Страховщика от обязанности произвести страховую выплату**

3.1. События, указанные в п.п. 2.1.1. и 3.1.2. не признаются Страховыми случаями, если они произошли в результате событий, указанных в разделе 5 Основных полисных условий.

3.2. Не является Страховым случаем событие «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая», если в отношении Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования была установлена инвалидность I или II группы.

3.3. Основания освобождения Страховщика от обязанности произвести Страховую выплату предусмотрены разделом 6 Основных полисных условий.

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

**4. Условия осуществления страховых выплат**

4.1. Условия Страховой выплаты по Дополнительной программе страхования «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

Если в результате Несчастного случая Застрахованное лицо получит повреждения, которые приведут к смерти, Страховщик выплатит Выгодоприобретателю(-ям) 100% Страховой суммы по данной Дополнительной программе страхования при условии, что смерть произошла в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных дней после Несчастного случая, который и привел к летальному исходу. При этом дополнительно осуществляется Страховая выплата по Страховому риску «Смерть Застрахованного лица» в размере суммы уплаченных по Договору Страхования Страховых взносов, за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации.

Если в какой-либо момент после осуществления Страховой выплаты по смерти в результате несчастного случая выясняется, что Застрахованное лицо живо, все Страховые выплаты должны быть полностью возмещены Страховщику.

4.2. Условия Страховой выплаты по Дополнительной программе страхования «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая»:

Страховщик предоставляет Страховую выплату в размере 100 % Страховой суммы по данному покрытию при условии, что данная нетрудоспособность (инвалидность) будет длиться на протяжении всей оставшейся жизни Застрахованного лица.

**5. Порядок осуществления страховой выплаты**

5.1. Страховая выплата осуществляется при наступлении предусмотренных Дополнительной программой страхования Страховых случаев и в размере, определяемом настоящими Дополнительными Полисными условиями и условиями Договора страхования.

5.2. При наступлении Страхового случая Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан известить Страховщика о наступлении Страхового случая в течение 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения и представить Страховщику необходимые документы. Направление Страховщику уведомления по истечении 30 (тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении Страхового случая, может повлечь отказ в Страховой выплате в той мере, в какой нарушение таких сроков повлияло на обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

5.3. Для решения вопроса о признании Страхового случая и Страховой выплате Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) обязан направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошёл Страховой случай, даты, места и обстоятельств наступления Страхового случая с указанием всех необходимых реквизитов, а также представить документы, указанные ниже.

5.4. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

5.4.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

5.4.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, указанного в Страховом сертификате или

наследника (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) (копия);

5.4.3. для наследника Застрахованного лица (если в Страховом сертификате не указан Выгодоприобретатель) - свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного лица (копия, заверенная нотариально);

5.4.4. свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

5.4.5. справка о смерти (копия, заверенная нотариально);

5.4.6. официальные медицинские заключения и выписки из медицинской документации, содержащие точный диагноз и описывающие причину смерти (медицинское свидетельство о смерти, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписка из истории болезни, амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением или нотариально).

5.4.7. протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением),

5.4.8. справка из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

5.4.9. постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенные в установленном законом порядке в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

5.4.10. детальное описание обстоятельств несчастного случая, имени, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате.

5.5. Список документов, необходимых Страховщику для принятия решения о признании события Страховым случаем по риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая»:

5.5.1. подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика от каждого Выгодоприобретателя с указанными в нем банковскими реквизитами;

5.5.2. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (копия);

5.5.3. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица (копия);

5.5.4. справка об инвалидности (копия, заверенная нотариально) и (или) заключение бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении группы инвалидности (копия, заверенная нотариально);

5.5.5. выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности или Протокол проведения медико-социальной экспертизы (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением);

5.5.6. медицинское направление на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);

5.5.7. официальные медицинские документы, описывающие заболевание или повреждения, приведшие к установлению инвалидности, и содержащие диагнозы (выписка из истории болезни, эпикриз, амбулаторная медицинская карта или выписка из амбулаторной медицинской карты) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением).

5.5.8. Если инвалидность наступила в результате несчастного случая, дополнительно предоставляются:

5.5.9. протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением),

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

5.5.10. справка из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

5.5.11. постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенные в установленном законом порядке в предусмотренных законом случаях (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

5.5.12. детальное описание обстоятельств несчастного случая, имени, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате.

5.6. Для принятия решения о признании события Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая» Страховщик вправе за свой счет направить Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, на медицинское обследование в определяемом Страховщиком объеме, а также использовать полученные данные о состоянии здоровья Страхователя, являющегося Застрахованным лицом, для проведения независимой медицинской экспертизы. Заклячая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает свое согласие с прохождением указанного в настоящем пункте медицинского обследования, а также с тем, что в случае если результаты независимой медицинской экспертизы будут отличаться от результатов заключения МСЭ, Страховщик вправе обратиться в суд с требованием о признании результатов заключения МСЭ недействительными.

5.7. Перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, не может быть расширен по инициативе Страховщика.

Любой иной, специальный перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения сторон, в том числе на этапе

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ  
«РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ»****1. Основные положения**

Специальные условия настоящей Программы страхования применяются на основе Полисных условий программы страхования «Райффайзен Оптимум» и Дополнительных Полисных условий, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

**2. Условия Договора страхования**

2.1. Страховыми случаями согласно Основной программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти» являются:

2.1.1. «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» (при наступлении Страхового случая осуществляется выплата в размере 100% Страховой суммы).

2.1.2. «Смерть Застрахованного лица» (при наступлении Страхового случая выплачивается сумма уплаченных по Договору страхования Страховых взносов за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации).

2.2. Страховыми случаями согласно Дополнительным программам являются:

2.2.1. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая.

2.2.2. Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая.

2.3. Возраст Застрахованного лица на дату заключения Договора страхования: от 18 (восемнадцати) до 69 (шестидесяти девяти) полных лет.

2.4. Максимальный возраст Застрахованного лица на дату окончания срока действия Договора страхования: 79 (семьдесят девять) полных лет.

2.5. Минимальный срок страхования: 5 (пять) лет.

2.6. Максимальный срок страхования: 35 (тридцать пять) лет.

2.7. Периодичность оплаты Страховых взносов:

- ежегодно;
- 2 (два) раза в год;
- ежеквартально;
- ежемесячно.

2.8. Срок уплаты Страховой премии должен быть равен сроку страхования.

2.9. Страховая выплата по Дополнительным программам страхования производится в размере Страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

2.10. Страховая выплата по Основной программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти» по Страховому случаю «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» осуществляется в размере Страховой суммы на дату окончания срока действия Договора страхования, указанной в Договоре страхования.

2.11. Страховая выплата по Основной программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти» по Страховому случаю «Смерть Застрахованного лица» осуществляется в размере суммы уплаченных по Договору страхования Страховых взносов за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации.

2.12. Страховая выплата по Дополнительной программе «Инвалидность Застрахованного лица I группы, полученная в результате несчастного случая» осуществляется в размере Страховой суммы, при этом действие Договора страхования в отношении Дополнительной программы страхования «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» прекращается.

2.13. Страховая выплата может осуществляться в виде единовременной выплаты или в виде регулярных аннуитетных платежей.

2.14. Данные Специальные условия должны применяться вместе с Основными и Дополнительными Полисными условиями. Если Основные или Дополнительные Полисные условия противоречат данным Специальным условиям, то преимущественную юридическую силу имеют Специальные условия.

**УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ АННУИТЕТОВ**

1. Условия выплаты аннуитетов являются дополнением к Полисным условиям.

1.1. Страховая выплата в соответствии с условиями Договора страхования, включая также условия о Выкупной сумме и инвестиционном доходе, именуемая в дальнейшем для целей отражения условия о вариантах выплаты - «Страховая выплата», может быть выплачена по соглашению сторон в виде единовременной выплаты, в виде аннуитета по одному из нижеперечисленных вариантов:

Вариант 1: Отсроченная единовременная выплата.

Вариант 2: Выплата оговоренными частями.

Вариант 3: Выплата по частям в оговоренные сроки.

Вариант 4: Пожизненный аннуитет.

Вариант 5: Пожизненный аннуитет с периодом гарантированной выплаты.

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

Вариант 6: Пожизненный аннуитет с передачей 60% пережившей супруге (супругу).

1.2. Страховая сумма (величина годового аннуитета) рассчитывается на основании тарифов, действующих у Страховщика на момент начала действия аннуитета.

1.3. Выбор варианта Страховой выплаты закрепляется в дополнительном соглашении к Договору страхования.

1.4. Выгодоприобретатель не вправе передавать права на аннуитет другим лицам, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «МЕДИЦИНСКИЙ СЕРВИС»****ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

**Личный врач-куратор (далее – «Личный врач»)** означает услугу, в рамках которой Застрахованное лицо вправе обратиться по телефону в Координационный Медицинский Центр и получить ориентирование по вопросам медицинского характера, в том числе медицинские рекомендации.

**Второе медицинское мнение (далее – «Второе Медицинское Мнение»)** означает услугу, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляется второе альтернативное медицинское мнение (заключение) по диагностированному заболеванию и плану его лечения посредством индивидуального анализа медицинской документации по диагнозу Квалифицированным специалистом в области здравоохранения, выбранным по усмотрению медицинского персонала Медицинского Координационного Центра. Предоставляется однократно в период действия договора по одному и тому же заболеванию, по которым у Застрахованного Лица уже имеется первичное заключение врача, за исключением случаев, когда по заболеванию, в рамках которого уже была оказана указанная сервисная услуга, появились новые медицинские заключения, результаты анализов или иные новые данные, которые могут повлиять на результат оказания сервисной услуги.

**Профилактическое медицинское обследование Застрахованного лица (далее – «Профилактическое медицинское обследование»)** - комплекс медицинских услуг, оказываемых с привлечением Третьих лиц (согласованных Страховщиком медицинских организаций), направленный на раннее выявление симптомов хронических заболеваний с целью предупреждения их тяжелых осложнений (инвалидность и смерть). Все расходы по профилактическому медицинскому обследованию Застрахованного лица несет Страховщик. Профилактическое медицинское обследование Застрахованного лица проводится в указанном Страховщиком медицинском учреждении и в согласованном Страховщиком объеме. Проведение первого Профилактического медицинского обследования возможно не ранее, чем через 30 (тридцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, затем каждые два года, при условии полной и своевременной оплаты Страховых взносов по Договору страхования.

**Квалифицированные специалисты в области здравоохранения** - специалисты с законченным и зарегистрированным высшим медицинским образованием, полученным в РФ или иной стране, медицинское образование которой соответствует общепринятым международным стандартам, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально или в составе соответствующего Медицинского учреждения, оказывающие медицинские услуги

Медицинское Ориентирование, Медицинское Ориентирование с Заключением и Второе Медицинское Мнение Застрахованным Лицам в соответствии с настоящей Дополнительной программой.

**Медицинские учреждения** - сеть Медицинских учреждений и квалифицированных специалистов в области здравоохранения и вспомогательных отраслях, сотрудничающих с Координационным Медицинским Центром для предоставления медицинских услуг Медицинское Ориентирование, Медицинское ориентирование с Заключением и Второе Медицинское Мнение Застрахованным Лицам в соответствии с настоящей Дополнительной программой.

**Координационный Медицинский Центр (далее также – «КМЦ»)** означает юридическое лицо, находящееся в договорных отношениях со Страховщиком, и обладающее необходимой инфраструктурой, в частности, контакт-центром, имеющего специалистов, говорящих, в том числе, на русском языке специализированный медицинский департамент, а также договорные отношения с медицинскими учреждениями и (или) квалифицированными специалистами в области здравоохранения.

Термины, указанные в Полисных условиях программы смешанного страхования «Райффайзен Оптимум», используются в настоящей Дополнительной программе в том значении, в каком они указаны в Полисных условиях программы смешанного страхования «Райффайзен Оптимум», - в той мере, в какой это применимо к настоящей Дополнительной программе.

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Настоящая Дополнительная программа «Медицинский сервис» (далее – «**Дополнительная программа**») является дополнением к Полисным условиям.

1.2. На настоящую Дополнительную программу распространяются все положения Полисных условий, в той мере, в какой они не затрагивают специальных условий и положений настоящей Дополнительной программы.

1.3. В соответствии с положениями Дополнительной программы и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик принимает на себя обязательство за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), при наступлении предусмотренного в Договоре страхования Страхового случая произвести Страховую выплату в пределах определенной Договором страхования Страховой суммы, установленной в отношении страхового покрытия, предоставляемого по Дополнительной программе.

1.4. Страховое покрытие по Дополнительной программе предоставляется с учетом положений настоящей Дополнительной программы, Приложения № 2 к Договору страхования и при условии заключения Договора страхования на основании Полисных условий.

1.5. Дополнительная программа вступает в силу с той же даты, что и Договор страхования, за исключением случаев, когда Дополнительная программа подключается после даты заключения Договора страхования. В этом случае дата вступления Дополнительной программы в силу указывается в соответствующем дополнительном соглашении к Договору страхования.

1.6. Договор страхования в части Дополнительной программы вступает в силу только при условии и после уплаты Страховой премии или первого Страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования.

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

1.7. На те положения и условия, которые не урегулированы настоящей Дополнительной программой, распространяются положения Полисных условий страхования.

**2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных связанных с ними услуг, направленных на проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, - в той мере и в том объеме, в каких это предусмотрено настоящей Дополнительной программой.

**3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

3.1. Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая, предусмотренного пунктом 3.2 настоящей Дополнительной программы, оплатить расходы, возникшие в связи с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, указанных в пункте 3.3 настоящей Дополнительной программы страхования.

3.2. Страховым случаем по настоящей Дополнительной программе является наличие такого состояния физического лица, которые требуют обращения за квалифицированной медицинской консультацией и (или) организации и оказания услуг, как они поименованы в пункте 3.3. настоящей Дополнительной программы.

3.3. В соответствии с условиями настоящей Дополнительной программы страховое покрытие предоставляется в отношении следующих услуг, за получением которых вправе обратиться Застрахованное лицо при наступлении Страхового случая:

3.3.1. Услуга «Личный врач», как она определена в разделе «Определения»;

3.3.2. Услуга «Второе Медицинское Мнение», как она определена в разделе «Определения»;

3.3.3. Услуга «Профилактическое медицинское обследование», как она определена в разделе «Определения», далее также именуется «Сервисные услуги».

Получение любой Сервисной услуги возможно не ранее, чем через 30 (Тридцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, при условии полной и своевременной оплаты Страховых взносов по Договору страхования.

3.4. Застрахованное лицо вправе обратиться за получением Сервисных услуг в Координационный Медицинский Центр, с которым у Страховщика установлены договорные отношения и сведения, о котором указаны в Договоре страхования. Сервисные услуги предоставляются Квалифицированными специалистами в области здравоохранения Координационного Медицинского Центра и (или) Медицинских учреждений. Оказание Сервисных услуг, поименованных в настоящей Дополнительной программе, направлено на оказание содействия Застрахованному лицу и (или) его лечащему врачу в уточнении диагноза и (или) определении способов лечения для восстановления, улучшения или профилактики состояния здоровья Застрахованного лица, а также на контроль за состоянием здоровья Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования.

3.5. Застрахованное Лицо вправе обратиться за Сервисными услугами, указанными в пункте 3.3 настоящей Дополнительной

программы страхования при любом состоянии здоровья Застрахованного лица, если Договором страхования не установлено иное.

3.8. Застрахованное лицо обращается за оказанием Сервисной услуги в Координационный Медицинский Центр.

3.9. Страховщик не несет ответственности за какие-либо ошибки или упущения, допущенные Координационным Медицинским Центром и Медицинскими учреждениями при оказании Сервисных услуг, поименованных в пункте 3.3 настоящей Дополнительной программы.

3.10. Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным лицом в связи с получением Сервисных услуг, поименованных в пункте 3.3 настоящей Дополнительной программы, на условиях и в порядке, указанных в разделах 4 и 5 Дополнительной программы, если иное не установлено Договором страхования.

**4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

4.1. Страховая сумма по данной Дополнительной программе устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон. Страховая сумма устанавливается совокупно по всем Сервисным услугам, указанным в пункте 3.3 данной Дополнительной программы, если Договором страхования не предусмотрено иное. Страховая сумма устанавливается по каждому Застрахованному лицу, если Договором страхования не предусмотрено иное.

4.2. Количество обращений (Лимит ответственности по количеству обращений) и, соответственно, количество Сервисных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с п.п. 3.3.1. и 3.3.2. настоящей Дополнительной программы, не ограничено, если Договором страхования не предусмотрено иное. При этом на момент направления запроса об оказании Сервисной услуги Дополнительная программа страхования в отношении данного Застрахованного Лица должна действовать.

Если Застрахованное лицо обращается за оказанием одной и той же Сервисной услуги, указанной в пунктах 3.3.1 и 3.3.2 настоящей Дополнительной программы, в связи с одним и тем же состоянием и (или) заболеванием, то такое обращение считается повторным и не покрывается условиями настоящей Дополнительной программы страхования, за исключением случаев, когда по состоянию, в рамках которого уже была оказана Сервисная услуга, появились новые медицинские заключения, результаты анализов или иные новые данные, которые могут повлиять на результат оказания Сервисной услуги.

Количество обращений (Лимит ответственности по количеству обращений) и, соответственно, количество Сервисных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с п.п. 3.3.3. настоящей Дополнительной программы ограничено. Проведение первого Профилактического медицинского обследования возможно не ранее, чем через 30 (тридцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования, затем каждые два года, при условии полной и своевременной оплаты Страховых взносов по Договору страхования. С результатами Профильного медицинского обследования Застрахованное лицо вправе обратиться за получением услуги Личный врач.

4.3. Все предлагаемые планы лечения, диагностические данные, результаты исследований, снимки, иные медицинские записи и данные, касающиеся состояния здоровья Застрахованного лица,

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ ПРЕМИУМ»**

Утверждены приказом № 708/19 от 11 марта 2019 года

представляемые Координационному Медицинскому Центру в качестве основы для оказания Сервисных услуг, поименованных в пункте 3.3.2. настоящей Дополнительной программы, должны быть представлены Координационному Медицинскому Центру одновременно с обращением за Медицинской услугой, если иное не предусмотрено Договором страхования. Любые отдельные или последующие обращения и (или) представление истории болезни, исследований, результатов диагностических обследований, данных, снимков или иных медицинских сведений будут считаться обращением за следующей (очередной) Сервисной услугой, вне зависимости от того, связано ли такое обращение с тем же самым состоянием здоровья, по которому Застрахованное лицо обращалось ранее.

4.4. Ответственность за передачу и обработку медицинских данных, предоставленных Застрахованным лицом либо его лечащим врачом, а также за работу сети Медицинских учреждений и Квалифицированных специалистов в области здравоохранения, предоставление услуг которых обеспечивает Координационный Медицинский Центр, несет Координационный Медицинский Центр в полном объеме.

**5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТ**

5.1. Страховая выплата осуществляется в порядке компенсации Координационному Медицинскому Центру, на условиях, согласованных между Страховщиком и Координационным Медицинским Центром, Сервисных услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не согласовано Страховщиком и Страхователем в Договоре страхования.

5.2.. Страховая выплата производится безналичным перечислением на банковский счет, указанный в заявлении о выплате Страхового возмещения (компенсации Сервисных услуг, оказанных Застрахованному лицу).

5.3. Страховая выплата осуществляется в порядке возмещения Сервисных расходов за оказанный Застрахованному лицу сервис.

**6. ДЕЙСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

6.1. При условии оплаты Страховой премии или первого Страхового взноса по основной программе страхования, как указано в Договоре страхования, Застрахованное лицо вправе обратиться за получением Сервисных услуг, указанных в пункте 3.3 данной Дополнительной программы страхования по истечении 30 (тридцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.2. Страховщик вправе изменить объем Страхового покрытия по данной Дополнительной программе страхования на любую дату очередной оплаты Страховой премии по основной программе страхования.

**7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Данная Дополнительная программа прекращает своё действие в следующих случаях:

7.1.1. если Страховой взнос, предусмотренный Договором страхования, не был оплачен в установленный срок, в течение оговоренного в Договоре страхования льготного или иного установленного Договором страхования периода;

7.1.2. при прекращении действия Договора страхования по основной программе страхования;

7.2. Действие настоящей Дополнительной программы может быть прекращено по инициативе Страховщика в случае изменения условий по основной программе Страхования в части размера Страхового взноса в сторону его уменьшения.