

**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ
«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»**

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

ОПРЕДЕЛЕНИЯ**Страховщик**

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

Заявитель

Дееспособное физическое лицо или юридическое лицо, которое желает заключить со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Полисными условиями.

Страхователь

Дееспособное физическое лицо или юридическое лицо, 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, при условии, что они обладают имущественным интересом, который может быть застрахован Страховщиком.

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 абсолютную или относительную 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 Заявителем, а также подписанный Страховщиком, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования.

Годовщина действия Договора страхования (Полисная годовщина)

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 годовщиной 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 Полисную годовщину и действующий 1 (один) год.

Полный год (далее также - полный год)

Отрезок времени, равный 12 (двенадцати) месяцам. При этом округление неполного года всегда производится в меньшую сторону (например, 9 (девять) месяцев равны 0 (нулю) полным лет).

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.

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 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

Договор страхования состоит из Заявления на страхование, Страхового сертификата (Полиса), включая таблицу Выкупных сумм, Полисных условий, а также, в случае необходимости, - медицинской анкеты, финансовой анкеты, результатов медицинского обследования.

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

Страховая выплата

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

Страховая сумма

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

Страховой риск

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

Страховая премия

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер Страховой премии рассчитывается на основе страховых тарифов, разработанных Страховщиком с учетом статистических данных по событиям, предусмотренным Договором страхования, а также в зависимости от степени риска, принятого на страхование.

Страховые взносы

Рассчитанный Страховщиком Страховой взнос, подлежащий уплате в связи с восстановлением Договора страхования.

Страховой взнос, восстановительный

Рассчитанный Страховщиком Страховой взнос в размере задолженности по оплате Страховых взносов на дату написания Страхователем заявления на восстановление Договора страхования, подлежащий уплате в связи с восстановлением Договора страхования.

Выкупная сумма

Сумма, выплачиваемая Страхователю в случае расторжения Договора страхования в пределах суммы страховых резервов, сформированных в установленном порядке на день прекращения Договора страхования и с учетом положений настоящих Полисных условий о порядке определения размера и порядке выплаты Выкупной суммы.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

Страховой (математический) резерв

Выраженная в денежной форме оценка обязательств Страховщика по обеспечению предстоящих Страховых выплат.

Оплаченный полис

Страховой сертификат (Полис), по которому Страхователем полностью исполнены обязанности по оплате Страховых взносов, либо Страхователь освобожден от обязанности уплаты дальнейших Страховых взносов.

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.

Инвалидность

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

Группа Инвалидности

Устанавливается в соответствии с требованиями и на основании заключения медико-социальной экспертизы, характеризует степень инвалидности и определяет требования ухода, показания и противопоказания медицинского характера.

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.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик заключает договоры смешанного страхования жизни на основании настоящих Полисных условий программы смешанного страхования «Райффайзен Перспектива Премиум. Программа № 3», утвержденных приказом Страховщика приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года (далее по тексту - Полисные условия), являющихся дополнительными правилами.

1.2. В соответствии с настоящими Полисными условиями и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик принимает на себя обязательство за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении Страхового случая в отношении Застрахованного лица осуществить Страховую выплату Выгодоприобретателю в размере установленной Договором страхования Страховой суммы. В случае если Выгодоприобретатель в Договоре страхования не назван, Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу, а в случае смерти Застрахованного лица - наследникам Застрахованного лица.

1.3. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, должны осуществляться в письменной форме, в том числе в порядке осуществления электронного документооборота, в частности, 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.

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) 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, с причинением вреда его жизни и здоровью, а также со смертью Застрахованного лица.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых 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. В соответствии с настоящими Полисными условиями Страховщик не принимает на страхование лиц:

3.2.1. возраст которых меньше или больше предельных показателей возраста, указанного в настоящих Полисных условиях;

3.2.2. страдающих психическими заболеваниями и/или расстройствами;

3.2.3. больных СПИДом или ВИЧ инфицированных;

3.2.4. следующих профессий или осуществляющих следующую деятельность как на профессиональной или любительской основе, так и в качестве хобби:

- профессиональные ныряльщики;
- проводники в горах, альпинисты или участники альпинистских походов (восхождений, экспедиций);
- сапёры, минёры, подрывники;
- телохранители, сотрудники охранных агентств;
- каскадёры;
- сотрудники милицейских (полицейских) подразделений, подразделений специального назначения.

Лица, являющиеся инвалидами I или II группы или требующие постоянного ухода, что подтверждается медицинским заключением, не принимаются на страхование по Страховому риску п. 4.2.4. Полисных условий («Инвалидность Застрахованного лица I группы»).

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, служебных обязанностях или хобби, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями являются свершившиеся события, предусмотренные Договором страхования, при условии, что они обладают признаками вероятности и случайности их наступления и произошли в период действия Договора страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

4.2. По настоящим Полисным условиям Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия Договора страхования и обладающие признаками, указанными в п. 4.1. Полисных условий:

4.2.1. «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»);

4.2.2. «Смерть Застрахованного лица»;

4.2.3. «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»;

4.2.4. «Инвалидность Застрахованного лица I группы».

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

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. События, указанные в п.п. 4.2.2, 4.2.3 и 4.2.4 настоящих Полисных условий, не признаются Страховыми случаями, если наступление данных событий:

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 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, находящемуся 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 и др.);

5.2.10. вызвано психическими заболеваниями или любыми умственными или нервными расстройствами, включая депрессии любого рода и умопомешательство;

5.2.11. вызвано беременностью, абортom или их осложнениями;

5.2.12. вызвано необоснованным отказом Застрахованного лица от медицинского лечения, к которому имеются соответствующие предписания;

5.2.13. 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 из страхового покрытия.

5.4. Любое изменение объема исключений из страхового покрытия и иных условий Договора страхования, прямо или косвенно влияющих на применение раздела 5 «Исключения из страхового покрытия» Полисных условий, допускается по соглашению сторон в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Полисным условиям.

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

5.6. Не является Страховым случаем событие по Страховому риску п. 4.2.4. Полисных условий («Инвалидность Застрахованного лица I группы»), если в отношении Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования была установлена инвалидность I или II группы.

5.7. В случае, если события, указанные в п.п. 4.2.2, 4.2.3 и 4.2.4 настоящих Полисных условий, не признаются Страховыми случаями по основаниям, указанным в настоящем разделе Полисных условий, Страховщик выплачивает Выгодоприобретателю Выкупную сумму, рассчитанную в соответствии с разделом 13 настоящих Полисных условий.

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;

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. Если Страхователь воспользовался своим правом на восстановление Договора страхования, то в двухлетний срок с момента заключения Договора страхования, необходимый для возникновения обязательств у Страховщика по выплате Страховой суммы в случае

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

смерти Застрахованного лица по причине самоубийства согласно п. 6.1.5. Полисных условий не будет включен период, когда Договор страхования был расторгнут и не действовал, а обязательства Сторон возобновляются с момента заключения Договора страхования на тех же условиях, что и до момента расторжения.

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

7.1. Следующие события в любом случае относятся к Несчастным случаям при условии, что они повлекли последствия, указанные в разделе 4 Полисных условий: дорожно-транспортное происшествие, железнодорожная или авиакатастрофа, воздействие электрического разряда, в том числе удар молнии, падение, воздействие различных видов оружия или иных объектов, взрывной волны, укусы животных.

7.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в дополнение к п. 7.1. Полисных условий, к Несчастным случаям относятся следующие события, при условии, что они произошли в период действия Договора страхования, а также повлекли последствия, указанные в разделе 4 Полисных условий:

7.2.1. Пищевое или химическое отравление, если оно не является следствием болезни;

7.2.2. Отравление вследствие вдыхания ядовитых газов или испарений, если оно не является проявлением профессионального заболевания;

7.2.3. Любая инфекция, явившаяся следствием телесного повреждения в результате несчастного случая;

7.2.4. Ожоги, вызванные воздействием пламени, электричества, нагретыми объектами, жидкостями, паром, кислотами, щелочами и им подобными;

7.2.5. Утопление;

7.2.6. Удушье вследствие механического воздействия масс земли, песка или иных сыпучих веществ;

7.2.7. Укус насекомого или животного, за исключением случаев, когда данный укус привел к развитию инфекционного заболевания.

7.2.8. Смерть или иные негативные последствия для здоровья, Застрахованного лица (кроме тех, что поименованы в п. 7.3 ниже и в разделе «Исключения из страхового покрытия»), наступившие вследствие действий по спасению человеческой жизни или имущества.

7.2.9. Смерть или иные негативные последствия для здоровья Застрахованного лица (кроме тех, что поименованы в п.7.3 ниже и в разделе «Исключения из страхового покрытия»), наступившие вследствие террористического акта.

7.3. В соответствии с настоящими Полисными условиями следующие состояния не могут быть классифицированы как события, наступившие вследствие Несчастного случая, на которые распространяется страхование по настоящим Полисным условиям:

7.3.1. Любые заболевания, в том числе инфекционные и профессиональные;

7.3.2. Психические заболевания или расстройства, кроме случаев, поименованных в разделе 5 настоящих Полисных условий;

7.3.3. Любая грыжа как проявление врожденного или приобретенного заболевания;

7.3.4. Аллергические или инфекционные поражения кожи вследствие механических воздействий, таких как расчёсы, срезание мозолей или иных кожных разрастаний;

7.3.5. Анафилактический шок, за исключением случаев, когда он явился следствием лечения последствий непредвиденного случая;

7.3.6. Межпозвоночные грыжи, любые типы люмбагий или ишиаса вследствие механических сдвигов или сдавления позвонков или околопозвоночных структур, крестцовые боли, боли в области копчика, фиброз или иные изменения мышц, связок и суставов в крестцово-копчиково-позвоночной области;

7.3.7. Отслойка сетчатки, за исключением случаев, когда она явилась следствием механического повреждения здорового глаза в результате непредвиденного случая, что подтверждается заключением врача-офтальмолога;

7.3.8. Любые телесные повреждения, прямой или косвенной причиной которых явилось воздействие на организм Застрахованного лица алкоголя, в том числе алкогольный делирий, наркотиков, лекарственных препаратов;

7.3.9. Последствия консервативного или оперативного лечения любых заболеваний или состояний (врачебные ошибки, доказанные в судебном порядке согласно действующему законодательству Российской Федерации), за исключением случаев, когда эти последствия явились результатом лечения телесных повреждений в результате непредвиденного случая;

7.3.10. Патологический перелом или патологический эпифизеолиз как следствие патологических изменений костей в результате заболевания (туберкулез, опухоль и т. д.);

7.3.11. Заболевания центральной или периферической нервной системы, костно-мышечной системы, системные заболевания соединительной ткани, болезни крови, эндокринные заболевания.

8. СТРАХОВАЯ СУММА

8.1. Страховая сумма определяется по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.

8.2. Размер Страховой суммы может быть изменен в случаях и в порядке, предусмотренных настоящими Полисными условиями.

8.3. Изменения вносятся путем оформления дополнительного соглашения к Договору страхования с указанием соответствующих изменений и условий их действия.

9. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

9.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

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

9.2.1. При расчёте Страховой премии 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, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

9.2.2. Страховой тариф - ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется Договором страхования по соглашению сторон.

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

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

9.5. В рамках Договора страхования Страхователю предоставляется право воспользоваться льготным периодом для уплаты очередного Страхового взноса, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9.5.1. Если Страхователь в срок не уплатил очередной Страховой взнос, то наступает льготный период, во время которого Договор страхования остаётся в силе. При ежегодной уплате Страховых взносов (оплата один раз в год) льготный период составляет 60 (шестьдесят) календарных дней, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты очередного Страхового взноса. При оплате Страховых взносов один раз в месяц (ежемесячно), один раз в квартал (ежеквартально) или один раз в полгода, льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней, начиная с даты, следующей за установленной в Договоре страхования датой оплаты очередного Страхового взноса.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

9.5.2. Страхователь обязан до истечения льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить Страховой взнос для сохранения Договора страхования в силе.

9.5.3. Если задолженность по уплате очередного Страхового взноса не будет ликвидирована к концу льготного периода, то действие Договора страхования прекращается в соответствии с п. 12.1.2. Полисных условий.

9.5.4. В случае расторжения Договора страхования в течение льготного периода Страхователю выплачивается Выкупная сумма в размере, предусмотренном Договором страхования, и с учетом п. 13.4. Полисных условий.

9.5.5. 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.

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

9.7. 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.

9.8. 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.

10. ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

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

10.2. Заявление на страхование является неотъемлемой частью Договора страхования и подписывается Заявителем и Страховщиком. В случае, если Заявитель не будет являться Застрахованным лицом по Договору страхования, Заявление на страхование также подписывается страхуемым лицом (то есть лицом, указанным в таком Заявлении на страхование в качестве Застрахованного лица)

10.3. Заявитель и страхуемое 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 Заявителя и (или) Застрахованное лицо, указанное в Заявлении на страхование на медицинское обследование для оценки фактического состояния их здоровья.

10.4. В целях заключения договора страхования помимо Заявления на страхование по требованию Страховщика Страхователь обязан предоставить

для Страхователя – физического лица:

10.4.1. документ, удостоверяющий личность;

10.4.2. заполненную медицинскую анкету (если применимо);

10.4.3. заполненную финансовую анкету (если применимо);

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

10.4.5. документы, подтверждающие сведения о доходах и источники доходов Страхователя (если применимо).

Для Страхователя – юридического лица:

10.4.6. список Застрахованных лиц;

10.4.7. заполненную медицинскую анкету (если применимо);

10.4.8. заполненную финансовую анкету (если применимо).

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

10.4.10. документы, подтверждающие следующие сведения о Застрахованном лице: состояние здоровья, сведения о доходах и источники доходов, профессиональную деятельность, перемещения и пребывание в других странах, занятия спортом или опасными хобби (если применимо);

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

10.5. На основании Заявления на страхование Страховщик оформляет и выдает Страхователю – физическому лицу Страховой сертификат (Полис) либо подписывает Договор страхования в виде единого документа со Страхователем – юридическим лицом.

11. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик при наступлении Страхового случая обязуется произвести Страховую выплату, а Страхователь обязуется уплачивать Страховую премию в установленные сроки и в определенном Договором страхования размере.

11.2. Договор страхования состоит из Заявления на страхование, Страхового сертификата (Полиса), включая таблицу Выкупных сумм, Полисных условий, а также, в случае необходимости, - медицинской анкеты, финансовой анкеты, результатов медицинского обследования.

11.3. Валюта Договора страхования должна быть указана в Заявлении на страхование и в Страховом сертификате (Полисе).

11.3.1. 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).

11.3.2. Уплата/выплата денежных средств по Договору страхования производится в валюте, установленной в Договоре страхования или в валютном эквиваленте в соответствии с п.11.3.1 настоящих Полисных условий, 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.

11.4. 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.

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

11.6. 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.

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

11.8. В случае прекращения Договора страхования в порядке, указанном в п. 12.1.4. Полисных условий, Страхователю необходимо письменно уведомить об этом Страховщика.

11.9. При заключении Договора страхования Страховщик вправе учитывать состояние здоровья Страхователя и Застрахованного лица, а также другие существенные факторы, оказывающие влияние на вероятность наступления Страхового случая.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

11.10. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь и (или) Застрахованное лицо сообщили Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и объёма Страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения правовых последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.11. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь и (или) Застрахованное лицо, уже отпали.

11.12. Если Договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя и (или) Застрахованного лица на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем и (или) Застрахованным лицом.

11.13. 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.

11.14. Страховщик не вправе требовать увеличения и доплаты Страховой премии или расторжения Договора страхования в порядке, приведенном в п. 11.14. настоящих Полисных условий, если ошибочные или искажённые данные не связаны с и (или) не влекут оценку более высокой степени Страхового риска.

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

11.16. Если Страховщик в момент заключения Договора страхования был уведомлен или получил необходимые данные для оценки Страхового риска, но отразил их неправильно или исказил, то Страховщик не вправе ссылаться на искажение или неполноту данных, предоставленных Страхователем и (или) Застрахованным лицом, даже если они связаны с и (или) влекут оценку более высокой степени Страхового риска.

11.17. Страховщик вправе требовать признания Договора страхования недействительным и вернуть все уплаченные Страховые взносы в случае, если выяснится, что при расчёте Страховой премии или Страховой суммы за основу брался искажённый возраст Застрахованного лица, при этом такое искажение информации было допущено Страхователем и (или) Застрахованным лицом намеренно (сообщение заведомо ложных сведений при заключении Договора страхования).

11.18. Если выяснится, что возраст Застрахованного лица меньше, чем указан в Договоре страхования, то Договор страхования будет признан действующим, а Страховая сумма может быть пересчитана по соглашению сторон согласно действующим тарифам для правильного возраста Застрахованного лица.

11.19. В случае, указанном в п. 11.19. Полисных условий, Страхователь вправе рассчитывать на уменьшение Страховой премии при условии неизменности Страховой суммы.

11.20. В случае, если Страхователь и (или) Застрахованное лицо в Заявлении на страхование и дополнениях к нему указали неполные или неточные сведения и (или) требуется прохождение Страхователем и (или) Застрахованным лицом медицинского обследования, Страховщик может отложить оформление Договора страхования до получения от Страхователя и (или) Застрахованного лица и (или) медицинского учреждения дополнительной и/или уточнённой информации или результатов медицинского обследования.

Страховщик оставляет за собой право на проведение медицинского обследования Страхователя и (или) Застрахованного лица в указанном Страховщиком медицинском учреждении. Все расходы по медицинскому обследованию Страхователя и (или) Застрахованного лица несет Страховщик, если иное не согласовано Сторонами.

11.21. Страховщик направляет Заявителю письменное извещение о необходимости представления дополнительной и/или уточнённой информации или прохождения Заявителем и (или) Застрахованным лицом медицинского обследования в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня заполнения Заявителем Заявления на страхование.

11.22. В случае внесения Заявителем 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.

11.23. В случае отказа Страхователя от заключения Договора страхования по причине увеличенной степени Страхового риска по итогам представления Заявителем уточненной информации либо медицинским учреждением результатов медицинского обследования и, обусловленным этим увеличенным размером Страховой премии, денежные средства, внесённые Заявителем в счет оплаты Страховой премии или первого Страхового взноса в день подписания Заявления на страхование, подлежат возврату Заявителю в полном объеме в течение 12 (двенадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления Заявителя на возврат уплаченного взноса.

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

11.25. 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.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

12.1.2. 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.

12.1.3. По соглашению Сторон.

12.1.4. 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. При прекращении Договора страхования в течение Периода свободного ознакомления, упомянутого в п. 11.8. Полисных условий, договор считается прекращённым с даты вступления Договора страхования в силу при условии, что такое письменное заявление направлено Страхователем в адрес Страховщика в течение установленного Периода свободного ознакомления.

12.1.5. Смерть Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, если Застрахованное лицо или иное физическое или юридическое лицо не примут на себя обязательства Страхователя по Договору страхования.

12.1.6. 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,

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

являющегося Застрахованным лицом, по причинам, перечисленным в п.5.2. Полисных условий;

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

12.2. Расторжение Договора страхования по соглашению сторон оформляется в письменной форме.

12.3. 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 (в соответствии с п. 12.1.2. Полисных условий) и по которому выкупная сумма не была выплачена на том основании, что она на дату расторжения была равна нулю либо в связи с тем, что Договор страхования был расторгнут, как указано выше, а причитающаяся Страхователю Выкупная сумма сформирована, однако еще не выплачена в связи с отсутствием письменного заявления Страхователя о выплате выкупной суммы и (или) отсутствия (непредоставления Страхователем) банковских реквизитов для перечисления Выкупной суммы. Для восстановления действия Договора страхования Страхователю необходимо направить Страховщику соответствующее заявление на восстановление Договора страхования, заполнить полученную от Страховщика медицинскую анкету (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) 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. При этом Страховщик вправе направить Застрахованное лицо на медицинское обследование, по результатам и на основе которого Страховщик принимает решение о согласии на восстановление Договора страхования и об условиях восстановления. Решение о Восстановлении Договора страхования принимается Страховщиком после получения всей необходимой информации, запрошенной у Застрахованного лица/Страхователя, в течение 7 (семи) рабочих дней. Договор страхования считается восстановленным с даты восстановления Договора страхования, указанной в уведомлении о принятом решении о восстановлении Договора страхования, которое Страховщик направляет Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения о восстановлении Договора страхования и при условии уплаты Страхователем Восстановительного страхового взноса. За период с даты расторжения Договора страхования и до даты его восстановления дополнительный инвестиционный доход не начисляется. В случае принятия решения Страховщиком о восстановлении Договора страхования с изменением его условий, Страховщик направляет Страхователю Дополнительное соглашение с новыми условиями в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения. Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения Дополнительного соглашения о восстановлении Договора страхования направить Страховщику подписанный экземпляр Дополнительного соглашения о восстановлении Договора страхования и оплатить Восстановительный взнос в сроки и в размере, указанном в Дополнительном соглашении о Восстановлении.

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 заявлению о возврате переплаченной суммы с указанием банковских реквизитов.

12.4. 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.

13. ВЫКУПНАЯ СУММА

13.1. Выкупная сумма - это сумма, выплачиваемая Страхователю в случае расторжения Договора страхования по причинам, указанным в

п.п. 12.1.2. - 12.1.6. Полисных условий, а также в других случаях, прямо предусмотренных в настоящих Полисных условиях и законодательством Российской Федерации, в пределах суммы страховых резервов, сформированных в установленном порядке на день прекращения Договора страхования.

13.2. Страховщик выплачивает Выкупную сумму согласно таблице Выкупных сумм, являющейся приложением к Страховому сертификату, скорректированную с учетом п. 13.4. Полисных условий.

13.3. Выкупная сумма выплачивается:

13.3.1. Страхователю.

13.3.2. Выгодоприобретателю в случае смерти Застрахованного лица, по причинам, перечисленным в п. 5.2. Полисных условий.

13.4. Порядок определения размера подлежащей выплате Выкупной суммы:

13.4.1. 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, в соответствии с формулой:

$$BC = BC_n + D, \text{ где}$$

BC – выкупная сумма на дату расторжения;

BC_n – выкупная сумма на год расторжения в соответствии с таблицей выкупных сумм;

D – размер начисленного инвестиционного дохода на начало календарного года, в котором происходит расторжение полиса.

13.4.2. 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, в соответствии с формулой:

$$BC = BC_n - G + D, \text{ где}$$

BC – выкупная сумма на дату расторжения;

BC_n – выкупная сумма на год расторжения в соответствии с таблицей выкупных сумм;

G – сумма взносов, не оплаченных за год страхования, в котором расторгается Договор;

D – размер начисленного инвестиционного дохода на начало календарного года, в котором происходит расторжение полиса.

13.5. Страхователь имеет право на получение Выкупной суммы в соответствии с разделом 13 настоящих Полисных условий, в том числе и по Оплаченному полису с уменьшенной Страховой суммой, указанному в п. 14.1. Полисных условий.

13.6. Решение о выплате Выкупной суммы Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты подачи Страхователем заявления на выплату Выкупной суммы в случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 12.1.2, 12.1.4. - 12.1.6. Полисных условий. 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. 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.

13.7. В случае расторжения Договора страхования по основанию, указанному в п. 12.1.3, Страховщик направляет Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия положительного решения соглашение о расторжении Договора страхования по соглашению Сторон. Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения указанного соглашения направить Страховщику подписанное соглашение, а также заявление о выплате Выкупной суммы с указанием банковских реквизитов. Выплата Выкупной суммы производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

от Страхователя подписанного соглашения о расторжении Договора страхования, заявления о выплате Выкупной суммы с указанием банковских реквизитов.

14. ПЕРЕВОД ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ОПЛАЧЕННЫЙ ПОЛИС. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕВОДА В ОПЛАЧЕННЫЙ ПОЛИС

14.1. Договор страхования может быть переведён/ переводится в Оплаченный полис в следующих случаях:

14.1.1. при условии своевременной оплаты Страховых взносов по Договору страхования, в том числе при условии оплаты в течение льготного периода (в соответствии с п. 9.5. Полисных условий), по инициативе Страхователя и на основании его письменного заявления Договор страхования может быть переведён в Оплаченный полис в порядке и на условиях, предусмотренных в соответствующем дополнительном соглашении о переводе Договора страхования в Оплаченный полис к Договору страхования, подписанном обеими Сторонами Договора страхования;

14.1.2. при условии неоплаты очередных Страховых взносов по Договору страхования до истечения льготного периода (в соответствии с п. 9.5. Полисных условий) Договор страхования автоматически переводится по инициативе Страховщика в Оплаченный полис со дня, следующего за последним днём льготного периода на основании настоящего пункта Полисных условий. Договор страхования не подлежит автоматическому переводу в Оплаченный полис, если Выкупная сумма в случае перевода Договора страхования в Оплаченный полис равна нулю, и может быть расторгнут по инициативе Страховщика согласно п. 12.1.2 Полисных условий.

14.2. Порядок определения Страховой суммы при переводе Договора страхования в Оплаченный полис:

14.2.1. При переводе Договора страхования в Оплаченный полис Страховая сумма после перевода Договора страхования в Оплаченный полис определяется как Выкупная сумма текущего Полисного года (Полисный год, за который уплачен последний Страховой взнос/Страховая премия) в соответствии с таблицей Выкупных сумм, приведенной в приложении к Страховому сертификату, умноженная на коэффициент К, где К рассчитывается как:

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

$$K = (140 - n) / 100, \text{ где}$$

n – срок действия Договора страхования в годах

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

$$K = (140 - n + m * r) / 100, \text{ где}$$

n – срок действия Договора страхования в годах

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

14.2.2. В случае если Договором страхования предусмотрена периодичность уплаты Страховых взносов чаще, чем один раз в год, Страховая сумма, рассчитанная в соответствии с п. 14.2.1. Полисных условий, уменьшается на сумму Страховых взносов, подлежащих уплате до конца текущего Полисного года и не уплаченных Страхователем.

14.3. Порядок определения Выкупной суммы при переводе Договора страхования в Оплаченный полис:

14.3.1. В случае если Договором страхования предусмотрена периодичность уплаты Страховых взносов чаще, чем один раз в год, Выкупная сумма, определённая в соответствии с п. 14.2.1 Полисных условий, уменьшается на сумму Страховых взносов, не уплаченных за год страхования, за который был оплачен последний Страховой взнос.

14.3.2. В случае, когда Выкупная сумма, указанная в 14.2.1 настоящих Полисных условий, равна нулю, перевод Договора страхования в Оплаченный полис не производится.

14.4. При переводе Договора страхования в Оплаченный полис действие Договора страхования сохраняется только в отношении Страховых рисков, указанных в п.п. 4.2.1 - 4.2.2 Полисных условий, страхование по всем иным Страховым рискам (в том числе предусмотренным Дополнительными программами и условиями) прекращается.

14.5. Договор страхования, переведённый в Оплаченный полис может быть возобновлён на условиях, действовавших до момента перевода его в Оплаченный полис, при согласии Страховщика. Указанные условия Договора страхования возобновляются в день подписания дополнительного соглашения к Договору страхования о соответствующем возобновлении Договора страхования. При этом Страховщик вправе требовать проведения медицинского обследования Застрахованного лица (за исключением возобновления Договора страхования в соответствии с п. 14.6. Полисных условий). Страховщик подтверждает согласие на возобновление условий Договора страхования, действовавших до момента перевода Договора страхования в Оплаченный полис, в течение 20 (двадцати) календарных дней с момента получения письменного заявления Страхователя о возобновлении Договора страхования на прежних условиях. Если письменное уведомление Страховщика о возражении не поступило в этот период, это свидетельствует о том, что Страховщик согласен на возобновление Договора страхования на прежних условиях.

14.6. Страхователь при согласии Страховщика имеет право на возобновление Договора страхования на прежних условиях, действовавших до момента перевода Договора страхования в Оплаченный полис, в течение 3 (трех) месяцев с момента перевода Договора страхования в Оплаченный полис, при этом Страховщик не вправе требовать проведения медицинского обследования Застрахованного лица.

15. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

15.1. 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.

15.2. Указанные в п. 15.1. Полисных условий изменения оформляются в виде дополнительного соглашения к Договору страхования и вступают в силу со дня подписания данного дополнительного соглашения обеими сторонами.

15.3. Если Страхователь не уведомил Страховщика об изменениях, указанных в п. 15.1. Полисных условий, или в течение 14 (четырнадцати) календарных дней после получения предложения Страховщика, направленного в письменном виде, по изменению Страховой премии Страхователь не принял окончательного решения, Страховщик при наступлении Страхового случая вправе:

15.3.1. 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 пересчитанной пропорционально изменению Страховой премии вследствие переоценки Страхового риска Страховой суммой.

15.3.2. 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, уменьшенной в результате переоценки Страхового риска Страховой премии.

15.4. Условия Договора страхования, касающиеся размера Страховой суммы, периодичности уплаты и размера Страховых взносов, валюты Договора страхования могут быть изменены на основании письменного заявления Страхователя не чаще одного раза в год в Годовщину действия Договора страхования и при условии согласия Страховщика на такие изменения. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования, являющееся неотъемлемой частью Договора страхования.

16. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

16.1. По Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования медицинских сервисов» в связи с Дожитием

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

Застрахованного лица до окончания срока страхования (п. 4.2.1. Полисных условий) 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.

16.2. По Страховому риску «Смерть Застрахованного лица» (п. 4.2.2. Полисных условий) 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.

16.3. По Страховому риску «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» (п. 4.2.3. Полисных условий) Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100% от Страховой суммы, установленной по данному риску при условии, что смерть Застрахованного лица 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» (п. 4.2.2. Полисных условий) в размере 100% от Страховой суммы, установленной по данному риску, и начисленный дополнительный инвестиционный доход.

16.4. По Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы» (п. 4.2.4. Полисных условий) Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 100 % Страховой суммы, установленной по данному риску при условии, что данная инвалидность будет длиться на протяжении всей оставшейся жизни Застрахованного лица. При этом действие Договора страхования в отношении Страхового риска «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» прекращается.

16.5. Если в какой-либо момент после осуществления Страховой выплаты по Страховым рискам «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» и/или «Смерть Застрахованного лица» выяснится, что Застрахованное лицо живо, все неосновательно приобретенные Страховые выплаты должны быть полностью возмещены Страховщику.

17. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

17.1. Общий порядок Страховой выплаты.

17.1.1. 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.

17.1.2. 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 п.17.2. настоящих Полисных условий.

17.1.3. 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 Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты представления всех необходимых документов, что оформляется страховым актом.

17.1.4. В случае вынесения решения об отказе в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты вынесения такого решения направляет письменный отказ в признании Страхового случая или в осуществлении Страховой выплаты с обоснованием причин отказа. Отказ в признании Страхового случая, осуществлении Страховой выплаты может быть обжалован в суде в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации.

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

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

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

17.1.8. 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.

17.2. 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:

17.2.1. В случае решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования медицинских сервисов» в связи с Дожитием Застрахованного лица до окончания срока страхования:

17.2.1.1. оригинал Договора страхования (Страхового сертификата);

17.2.1.2. нотариально заверенная копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (документ должен быть заверен после даты наступления страхового события);

17.2.1.3. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица.

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

17.2.2. В случае решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Смерть Застрахованного лица»:

17.2.2.1. оригинал Договора страхования (Страхового сертификата);

17.2.2.2. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица;

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

17.2.2.4. официальное свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

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

17.2.2.6. официальные медицинские заключения, описывающие характер и степень всех повреждений и содержащие точный диагноз (медицинское свидетельство о смерти, справка МСЭ, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписки из истории болезни и выписки из медицинской документации (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

17.2.2.7. копия протокола правоохранительных органов по факту несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП);

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

17.2.2.8. копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо);

17.2.2.9. детальное описание обстоятельств несчастного случая, болезни или иных причин наступления смерти; имена, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате.

17.2.3. В случае решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

17.2.3.1. оригинал Договора страхования (Страхового сертификата);

17.2.3.2. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица;

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

17.2.3.4. официальное свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

17.2.3.5. справка о смерти (копия, заверенные нотариально);

17.2.3.6. официальные медицинские заключения, описывающие характер и степень всех повреждений и содержащие точный диагноз (медицинское свидетельство о смерти, справка МСЭ, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписки из истории болезни и выписки из медицинской документации (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

17.2.3.7. копия протокола правоохранительных органов по факту несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП);

17.2.3.8. копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо);

17.2.3.9. детальное описание обстоятельств несчастного случая, болезни или иных причин наступления смерти; имена, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате.

17.2.4. В случае решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы»:

17.2.4.1. оригинал Договора страхования (Страхового сертификата);

17.2.4.2. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (документ должен быть заверен после даты наступления страхового события);

17.2.4.3. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя, назначенного до наступления страхового случая с письменного согласия Застрахованного лица;

17.2.4.4. нотариально заверенная копия Справки об инвалидности и (или) нотариально заверенная копия заключения бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности;

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

17.2.4.6. медицинского направления на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);

17.2.4.7. официальные медицинские заключения и выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

17.2.4.8. индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или его заверенная копия), копии

историй болезни стационарного больного, заверенные выдавшим их учреждением, карта амбулаторного больного (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением).

17.3. Для решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы» Страховщик вправе запросить у Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя или иного уполномоченного физического или юридического лица следующие документы, подтверждающие факт события, обозначенного в договоре страхования как Страховой случай, в соответствии с законодательством Российской Федерации (или в соответствии с утвержденными уполномоченными органами процедурами подтверждения указанных событий): Индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением), копии историй болезни стационарного больного, заверенные выдавшим их учреждением, карта амбулаторного больного (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением). Заключая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик вправе запрашивать такие подтверждающие документы.

17.4. Для решения вопроса о признании Страхового случая и осуществлении Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность Застрахованного лица I группы» 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. Заключая 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.

17.5. Документы, указанные в п.п. 17.2.2.6. - 17.2.2.9, п.п. 17.2.3.6 - 17.2.3.9, а также в п.п. 17.2.4.6. - 17.2.4.8. должны быть предоставлены по отдельному требованию Страховщика, остальные документы обязательны для предоставления в любом случае.

17.6. Перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятие решения о Страховой выплате, однако, 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.

17.7. Стороны также вправе по обоюдному согласию внести уточнения в перечень документов, необходимых для признания события страховым случаем и принятие решения о Страховой выплате, на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате, если необходимость такого уточнения обусловлена конкретными обстоятельствами дела

17.8. Страховщик вправе потребовать представления документов, подтверждающих правомочность требования о Страховой выплате.

17.9. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате в следующих случаях:

17.9.1. не уведомление в установленные Договором страхования или Полисными условиями сроки и порядке о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

17.9.2. предоставление ложных сведений/документов о факте наступления и причинах наступления страхового случая;

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

17.9.3. сообщение Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска при заключении Договора страхования, при этом, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования;

17.10. Страховщик не производит Страховую выплату вследствие непризнания события страховым случаем, если событие подпадает под Исключения из страхового покрытия, отраженных в разделе 5 Полисных условий.

18. НАЗНАЧЕНИЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

18.1. По Договору страхования Страхователь с согласия Застрахованного лица вправе назначить физическое лицо в качестве получателя Страховой выплаты - Выгодоприобретателя – и впоследствии с согласия Застрахованного лица заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Страховщик не несет ответственности за Страховую выплату, осуществленную 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).

18.2. Выгодоприобретателем по Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования с условием предоставления в течение Срока страхования медицинских сервисов» в связи с Дожитием Застрахованного лица до окончания срока страхования является Страхователь, если в Договоре страхования не указано иное.

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

18.4. 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.

18.5. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязательств по Договору страхования, включая обязательства, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о Страховой выплате.

19. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

19.1. Страховщик обязан:

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

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

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

19.1.4. 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. Передача данных о Застрахованном лице допускается только в той мере, в какой это необходимо для оформления договора перестрахования/сострахования или обоснования Страховой выплаты и с согласия субъекта таких данных в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

19.2. Страхователь обязан:

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

19.2.2. 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 п. 17.2. настоящих Полисных условий. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления событий, указанных в п.п. 4.2.2. - 4.2.3. Полисных условий, должна быть исполнена Выгодоприобретателем или законным представителем Выгодоприобретателя.

19.2.3. 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.

19.3. Страхователь имеет право:

19.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования;

19.3.2. Получить дубликат Страхового сертификата в случае его утраты;

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

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

19.3.5. Подавать Страховщику заявление на внесение изменений в условия Договора страхования в соответствии с п. 15.4. Полисных условий;

19.3.6. Передать свои права по Договору страхования посредством заключения договора цессии с третьими лицами только при получении письменного согласия Страховщика;

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

19.4. Страховщик имеет право:

19.4.1. 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;

19.4.2. 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;

19.4.3. Отсрочить решение вопроса о признании события, обладающего признаками Страхового случая, Страховым случаем и осуществлении Страховой выплаты в случае возбуждения по факту наступления событий, указанных в п.п. 4.2.2. - 4.2.3. Полисных условий, уголовного дела, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

19.4.4. Требовать от Застрахованного лица прохождения медицинского обследования в случаях, предусмотренных Полисными условиями;

19.4.5. Использовать для направления уведомлений, заявлений, других документов, необходимых как для урегулирования Страхового случая, так и носящие информативный характер, но имеющие 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;

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

20. УЧАСТИЕ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА

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

20.2. Порядок начисления и выплаты инвестиционного дохода:

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

20.2.1. Дополнительный инвестиционный доход может быть начислен после первой Годовщины действия Договора страхования.

20.2.2. Инвестиционный доход, полученный в результате инвестирования Математического резерва, как описано выше, начисляется на соответствующий Договор страхования в конце календарного года, следующего за второй датой Годовщины действия Договора страхования, при условии, что Договор действовал в течение всего календарного года.

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

20.2.4. Размер дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования рассчитывается на основании объявленной инвестиционной нормы доходности $(DY)_t$, которая используется для расчета дополнительного инвестиционного дохода tB ($t > 0$), при этом расчет дополнительного инвестиционного дохода осуществляется на основании страхового (математического) резерва по Договору страхования и накопленного дополнительного инвестиционного дохода за годы, предшествующие году начисления, с в соответствии с формулой:

В случае, если $(DY)_t > i$

$${}_tB = {}_{t-1}V * ((DY)_t - i) + {}_{t-1}B * (1 + (DY)_t),$$

В случае, если $(DY)_t < i$ либо $(DY)_t = i$

$${}_tB = {}_{t-1}B * (1 + (DY)_t),$$

где:

$(DY)_t$ – объявленная инвестиционная норма доходности за год t ;

${}_{t-1}V$ – математический резерв на конец $(t-1)$ -го календарного года, рассчитанный на основе положения о формировании страховых резервов по страхованию жизни, действовавшего на конец $(t-1)$ -го календарного года, минус какая-либо задолженность Страхователя перед Страховщиком (неоплаченная Страховая премия, заём), существовавшая на конец $(t-1)$ -го календарного года (значение ${}_{t-1}V$ не может быть менее нуля);

i – техническая норма доходности, использовавшаяся для расчета ${}_{t-1}V$;

${}_{t-1}B$ – дополнительный инвестиционный доход на конец $(t-1)$ -го календарного года.

В случае, если $(DY)_t$ не объявляется (приравнивается нулю), то дополнительный инвестиционный доход за соответствующий год не начисляется, при этом величина ранее начисленного дополнительного инвестиционного дохода остается неизменной, т.е.

$${}_tB = {}_{t-1}B.$$

Если период страхования, предусмотренный Договором страхования, начинается в течение календарного года, то дополнительный инвестиционный доход за первый неполный год начисляется по формуле (только, если $(DY)_0 > i$):

$${}_0B = {}_0V * ((DY)_0 - i) * k,$$

где:

${}_0V$ – математический резерв на конец квартала, в котором начался срок страхования, рассчитанный на основе положения о формировании страховых резервов по страхованию жизни, действовавшего на конец квартала, в котором начался срок страхования, минус какая-либо задолженность Страхователя перед Страховщиком (неоплаченная Страховая премия, заём), существовавшая на конец квартала, в котором начался срок страхования года (значение ${}_0V$ не может быть менее нуля);

k – отношение числа дней в году t , на которые распространялся срок страхования, предусмотренный Договором страхования, к общему числу дней в календарном году t .

20.2.5. Любая непогашенная задолженность Страхователя перед Страховщиком уменьшает сумму, на основании которой рассчитывается дополнительный инвестиционный доход.

20.2.6. В случае досрочного расторжения Договора страхования начисленный инвестиционный доход может быть выплачен Страхователю, если это предусмотрено Договором страхования.

20.2.7. При досрочном расторжении Договора страхования Страховщик выплачивает сумму инвестиционного дохода, которая была начислена на конец календарного года перед датой расторжения Договора страхования.

20.2.8. В случае смерти Застрахованного лица или окончания действия

Договора страхования Страховщик выплачивает, помимо Страховой суммы и начисленного инвестиционного дохода, инвестиционный доход, который сформировался за период между датой последнего начисления инвестиционного дохода и датой смерти Застрахованного лица или датой прекращения действия Договора страхования.

21. УПЛАТА НАЛОГОВ

21.1. Суммы налогов, подлежащие оплате в связи с заключением и исполнением Договора страхования, оплачиваются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

22. ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

22.1. Страхователь, а также Выгодоприобретатель вправе требовать проведения медицинской экспертизы в случаях, касающихся определения степени нарушения здоровья Застрахованного лица.

22.2. Страхователь вправе назначить врача-эксперта, в то время как Страховщик вправе назначить другого. До проведения экспертизы оба врача-эксперта с обоюдного согласия назначают третьего врача-эксперта, который в случае расхождения мнений первых двух выносит своё решение, которое может совпадать с мнением одного из экспертов, дополнять мнения обоих экспертов либо не противоречить их заключениям.

22.3. Каждая сторона оплачивает услуги своих экспертов за свой счет.

22.4. Затраты на оплату услуг третьего эксперта должны быть разделены между обеими сторонами поровну.

23. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

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

24. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

24.1. Все споры по Договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в компетентном судебном органе по месту нахождения ответчика.

25. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

25.1. Все заявления и извещения, которые делают друг другу субъекты страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.

25.2. Каждая из Сторон несёт ответственность за доведение своего сообщения до другой Стороны по адресу, отражённому в Договоре страхования.

25.3. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны неизвещённая Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.

25.4. Настоящие Полисные условия могут быть изменены согласно действующему законодательству Российской Федерации, однако применение изменённых настоящих Полисных условий возможно только при заключении новых Договоров страхования.

УСЛОВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Условия дополнительной программы «Освобождение от уплаты страховых взносов» (далее – Условия освобождения от уплаты взносов) являются дополнением к Полисным условиям.

1.2. По Условиям освобождения от уплаты взносов Страховым случаем признаётся следующее событие, произошедшее в период действия Договора страхования и обладающее признаками, указанными в п. 4.1. Полисных условий:

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

1.2.1. «Инвалидность Страхователя I группы».

При условии, что при этом:

1.2.1.1. Страхователь является одновременно Застрахованным лицом;

1.2.1.2. возраст Страхователя на момент заключения Договора страхования не может превышать 59 (пятидесяти девяти) полных лет.

1.3. На положения, которые не урегулированы Условиями освобождения от уплаты взносов, распространяются положения Полисных условий.

2. ДЕЙСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»

2.1. В соответствии с Условиями освобождения от уплаты взносов Договор страхования включает в себя Дополнительную программу «Освобождение от уплаты страховых взносов» (далее - Дополнительная программа), предусматривающую освобождение Страхователя от обязательства уплачивать Страховые взносы по Договору страхования при наступлении Страхового случая «Инвалидность Страхователя I группы».

2.2. Дополнительная программа заключается и действует один год, при этом Дополнительная программа возобновляется на очередной год до тех пор, пока действует Договор страхования и пока Страхователь уплачивает Страховые взносы в размере, порядке и на условиях, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Дополнительная программа начинает действовать с даты, указанной в Договоре страхования.

2.4. В соответствии с Условиями освобождения от уплаты взносов Выкупная сумма и иные суммы, причитающиеся Страхователю по Договору страхования, сохраняются в том же объеме и размере, как если бы Страхователь оплачивал Страховые взносы.

3. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

3.1. Действие Дополнительной программы прекращается в случае:

3.1.1. истечения срока действия Дополнительной программы;

3.1.2. исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

3.1.3. по инициативе Страхователя – в любое время на основании его письменного заявления о прекращении действия Дополнительной программы с указанием даты досрочного прекращения действия Дополнительной программы;

3.1.4. по инициативе Страховщика, если Страховой взнос, предусмотренный Договором страхования, не был оплачен в установленный срок и (или) в установленном в Договоре страхования размере или в течение оговоренного в Договоре страхования льготного периода, при этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя об этом с указанием даты прекращения действия Дополнительной программы;

3.1.5. при прекращении действия Договора страхования либо преобразовании Договора страхования в Оплаченный полис;

3.1.6. по соглашению сторон Договора страхования;

3.1.7. в Годовщину действия Договора страхования, непосредственно следующую за датой достижения Страхователем 64 (шестидесяти четырёх) летнего возраста;

3.1.8. непредставления Страхователем Страховщику в установленный срок документального подтверждения своей Инвалидности I группы;

3.1.9. возникновения подтверждённого компетентными органами в установленном законом порядке (Бюро МСЭ, судом и другими) изменения группы Инвалидности Страхователя;

3.1.10. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. В случае прекращения действия Дополнительной программы по причинам, указанным в п.п. 3.1.8. - 3.1.9. Условий освобождения от уплаты взносов, обязанность Страхователя уплачивать Страховые взносы по Договору страхования возобновляется в полном объеме с даты внесения Страхового взноса, непосредственно следующей за датой прекращения действия Дополнительной программы.

3.3. По истечении срока действия Дополнительной программы никакие Страховые взносы по ней не подлежат оплате. Оплата каких-либо Страховых взносов по Дополнительной программе по истечении срока ее действия не накладывает на Страховщика никаких обязательств по Страховой выплате. Страховые взносы по Дополнительной программе при этом подлежат возврату Страхователю.

4. ПОРЯДОК ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА УПЛАЧИВАТЬ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

4.1. Право на освобождение от уплаты Страховых взносов по Договору страхования появляется у Страхователя с момента наступления срока уплаты Страхового взноса, следующего непосредственно за датой установления Инвалидности Страхователя I группы, при условии её документального подтверждения. В случае отказа Страховщика в признании наступления Страхового случая по Страховому риску, указанному в п. 1.2.1 Условий освобождения от уплаты взносов, Страхователь обязуется в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения уведомления Страховщика о непризнании заявленного события Страховым случаем, оплатить Страховщику все Страховые взносы, не уплаченные за период, исчисляемый с даты установления Инвалидности Страхователя I группы до получения уведомления Страховщика о непризнании заявленного события Страховым случаем.

4.2. Для освобождения от обязательства по уплате Страховых взносов по Договору страхования Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента установления Инвалидности Страхователя I группы уведомить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт уведомления Страховщика, об установлении Инвалидности Страхователя I группы с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

4.3. Подтверждающие документы, перечисленные в п. 4.6. Условий освобождения от уплаты взносов, должны быть представлены Страховщику в случае установления Инвалидности Страхователя I группы:

- при жизни Страхователя;
- в период Инвалидности Страхователя I группы;
- в течение указанного в Договоре страхования срока.

4.4. В случае установления Инвалидности Страхователя I группы неисполнение Страхователем или его законными представителями требований п.п. 4.2. - 4.3. Условий освобождения от уплаты взносов дает Страховщику право отказать Страхователю в освобождении от уплаты Страховых взносов по Договору страхования в той мере, в какой такое непредоставление повлечило на его обязанность предоставить освобождение от уплаты Страховых взносов.

4.5. Независимо от признания Страховщиком доказательств Инвалидности Страхователя I группы надлежащими, в случае, если инвалидность установлена с указанием сроков переосвидетельствования, Страхователь обязан представлять Страховщику документы, подтверждающие прохождение переосвидетельствования, в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня прохождения переосвидетельствования. При этом, если в результате переосвидетельствования I группа инвалидности снята, Страхователь с даты заключения о снятии I группы инвалидности продолжает уплачивать страховые взносы согласно условиям заключенного Договора страхования.

4.6. Для освобождения от обязательства уплачивать Страховые взносы по Договору страхования Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- 4.6.1. заявление установленной формы с подробным описанием причин установления Инвалидности Страхователя I группы;
- 4.6.2. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя;
- 4.6.3. справка об инвалидности (копия, заверенная нотариально);
- 4.6.4. выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (копия, заверенная выдавшим учреждением);
- 4.6.5. заключение бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности (копия, заверенная нотариально);
- 4.6.6. медицинского направления на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

4.6.7. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением).

4.7. Для решения вопроса о признании Страхового случая «Инвалидность Страхователя I группы» Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы, подтверждающие факт события, обозначенного в договоре страхования как Страховой случай, в соответствии с законодательством Российской Федерации (или в соответствии с утвержденными уполномоченными органами процедурами подтверждения указанных событий): Индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или его копия, заверенная выдавшим его учреждением), копии историй болезни стационарного больного, заверенные выдавшим их учреждением, карта амбулаторного больного (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением). Закрывая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик вправе запрашивать такие подтверждающие документы.

4.8. Для решения вопроса о признании Страхового случая «Инвалидность Страхователя I группы» Страховщик вправе за свой счет направить Страхователя на медицинское обследование в определяемом Страховщиком объеме, а также использовать полученные данные о состоянии здоровья Страхователя для проведения независимой медицинской экспертизы. Закрывая 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.

4.9. С момента освобождения Страхователя от обязанности уплачивать страховые взносы по Договору страхования размеры Страхового взноса, Страховой суммы, а также периодичность оплаты Страховых взносов не подлежат изменению по инициативе Страхователя.

5. ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ОСВОБОЖДЕНИЮ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНЕСОВ

5.1. Освобождение от уплаты страховых взносов будет иметь место только в случае, если:

5.1.1. Инвалидность Страхователя I группы наступила до Годовщины действия Договора страхования, непосредственно следующей за датой достижения Страхователем 64 (шестидесяти четырёх) летнего возраста;

5.1.2. при отсутствии задолженности по уплате Страховых взносов по Договору страхования (в том числе по данной Дополнительной программе) на дату установления Инвалидности Страхователя I группы.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.1. В соответствии с настоящими Условиями освобождение от уплаты Страховых взносов не предоставляется Страхователю, если:

6.1.1. Инвалидность Страхователя I группы была установлена в результате событий, перечисленных в разделе 5 Полисных условий, произошедших в отношении Страхователя;

6.1.2. в отношении Страхователя на момент заключения Договора страхования была установлена инвалидность I или II группы.

6.2. Страховщик оставляет за собой право по данной Дополнительной программе в Договоре страхования по соглашению со Страхователем расширить перечень исключений из страхового покрытия, если такое решение продиктовано соображениями оценки страхового риска или особенностями принимаемого на страхование Страхового риска. При этом расширение перечня исключений не влияет на изменение Страхового тарифа и служит условием принятия Страхового риска таким образом, что без расширения перечня исключений и (или) применения дополнительных исключений из объема страхового покрытия такой Страховой риск не был бы принят на страхование.

УСЛОВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗАЩИТА СТРАХОВОГО ВЗНОСА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Условия дополнительной программы «Защита страхового взноса» (далее – Условия) являются дополнением к Полисным условиям.

1.2. По настоящим Условиям Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия Договора страхования и обладающие признаками, указанными в п. 4.1. Полисных условий:

1.2.1. «Смерть Страхователя»

1.2.2. «Инвалидность Страхователя I группы».

При условии, что при этом:

1.2.2.1. Страхователь не является Застрахованным лицом;

1.2.2.2. возраст Страхователя на момент заключения Договора страхования не может превышать 59 (пятидесяти девяти) полных лет.

1.3. На положения, которые не урегулированы настоящими Условиями, распространяются положения Полисных условий.

2. ДЕЙСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗАЩИТА СТРАХОВОГО ВЗНОСА»

2.1. В соответствии с настоящими Условиями Договор страхования включает в себя Дополнительную программу «Защита страхового взноса» (далее - Дополнительная программа), предусматривающую освобождение Страхователя от обязательства уплачивать Страховые взносы по Договору страхования в случае наступления смерти Страхователя или установления Инвалидности Страхователя I группы.

2.2. Дополнительная программа заключается и действует один год, при этом Дополнительная программа возобновляется на очередной год до тех пор, пока действует Договор страхования и пока Страхователь уплачивает Страховые взносы в размере, порядке и на условиях, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Дополнительная программа начинает действовать с даты, указанной в Договоре страхования.

2.4. В случае освобождения Страхователя от уплаты Страховых взносов Выкупная сумма и иные суммы по Договору страхования сохраняются в том же объеме и размере, как если бы Страхователь оплачивал Страховые взносы.

3. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗАЩИТА СТРАХОВОГО ВЗНОСА»

3.1. Действие Дополнительной программы страхования прекращается в случае:

3.1.1. истечения срока действия Дополнительной программы;

3.1.2. исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

3.1.3. по инициативе Страхователя – в любое время на основании его письменного заявления о прекращении действия Дополнительной программы с указанием даты досрочного прекращения действия Дополнительной программы;

3.1.4. по инициативе Страховщика, если Страховой взнос, предусмотренный Договором страхования, не был оплачен в установленный срок и (или) в установленном в Договоре страхования размере или в течение оговоренного в Договоре страхования льготного периода, при этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя об этом с указанием даты прекращения действия Дополнительной программы;

3.1.5. при прекращении действия Договора страхования, либо преобразовании Договора страхования в Оплаченный полис;

3.1.6. по соглашению сторон Договора страхования;

3.1.7. в Годовщину действия Договора страхования, непосредственно следующую за датой достижения Страхователем 64 (шестидесяти четырёх) летнего возраста.

3.1.8. непредставления Страховщику в установленный срок документального подтверждения смерти Страхователя или Инвалидности Страхователя I группы.

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

3.1.9. возникновения подтвержденного компетентными органами в установленном законом порядке (Бюро МСЭ, судом и другими) изменения группы Инвалидности Страхователя;

3.1.10. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. В случае прекращения действия Дополнительной программы по причинам, указанным в п.п. 3.1.8. - 3.1.9. Настоящих Условий, обязанность Страхователя уплачивать Страховые взносы по Договору страхования возобновляется в полном объеме с даты внесения Страхового взноса, непосредственно следующей за датой прекращения действия Дополнительной программы.

3.3. По истечении срока действия Дополнительной программы никакие Страховые взносы по ней не подлежат оплате. Оплата каких-либо Страховых взносов по Дополнительной программе страхования по истечении срока ее действия не накладывается на Страховщика никаких обязательств по Страховой выплате. Страховые взносы по Дополнительной программе при этом подлежат возврату Страхователю.

3.4. Если в какой-либо момент после освобождения Страхователя от обязанности уплачивать Страховые взносы вследствие смерти Страхователя выяснится, что Страхователь жив, все неосновательно уплаченные Страховщиком Страховые взносы должны быть полностью возмещены Страховщику.

4. ПОРЯДОК ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА УПЛАЧИВАТЬ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

4.1. Право на освобождение от уплаты Страховых взносов по Договору страхования появляется у Страхователя с момента наступления срока уплаты Страхового взноса, следующего непосредственно за датой установления Инвалидности Страхователя I группы, при условии её документального подтверждения. Если наступившее событие не признано Страховщиком Страховым случаем по Страховому риску, указанному в п. 1.2. настоящих условий, Страхователь обязуется в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения уведомления Страховщика о непризнании заявленного события Страховым случаем, оплатить Страховщику все Страховые взносы, не уплаченные за период, исчисляемый с даты установления Инвалидности Страхователя I группы до получения уведомления Страховщика о непризнании заявленного события Страховым случаем.

4.2. Для освобождения от обязательства по уплате Страховых взносов по Договору страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления Страхового случая уведомить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт уведомления Страховщика, о наступлении Смерти Страхователя или установлении Инвалидности Страхователя I группы с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

4.3. Подтверждающие документы, перечисленные в п. 4.6. настоящих Условий, должны быть представлены Страховщику в случае установления Инвалидности Страхователя I группы:

- при жизни Страхователя;
- в период Инвалидности Страхователя I группы;
- в течение указанного в Договоре страхования срока.

4.4. В случае установления Инвалидности Страхователя I группы неисполнение Страхователем или его законными представителями требований п.п. 4.2. - 4.3. настоящих Условий дает Страховщику право отказать Страхователю в освобождении от уплаты Страховых взносов по Договору страхования в той мере, в какой такое непредоставление повлияло на его обязанность предоставить освобождение от уплаты Страховых взносов.

4.5. Для освобождения от обязательства уплачивать Страховые взносы по Договору страхования в случае смерти Страхователя Страховщику должны быть представлены следующие документы:

4.5.1. заявление установленной формы с подробным описанием причины наступления смерти Страхователя;

4.5.2. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя;

4.5.3. официальное свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально);

4.5.4. справка о смерти (копия, заверенные нотариально);

4.5.5. официальные медицинские заключения, описывающие характер и степень всех повреждений и содержащие точный диагноз (медицинское свидетельство о смерти, справка МСЭ, посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского исследования), выписки из истории болезни и выписки из медицинской документации (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);

4.5.6. копия протокола правоохранительных органов по факту несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП);

4.5.7. копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо).

4.6. Для освобождения от обязательства уплачивать Страховые взносы по Договору страхования в случае Инвалидности Страхователя I группы Страховщику должны быть представлены следующие документы:

4.6.1. копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя;

4.6.2. справка об инвалидности (копия, заверенная нотариально);

4.6.3. выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (копия, заверенная выдавшим учреждением);

4.6.4. заключение бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности (копия, заверенная нотариально);

4.6.5. медицинского направления на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);

4.6.6. официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением).

4.7. Для решения вопроса о признании Страхового случая «Инвалидность Страхователя I группы» Страховщик вправе запросить у Страхователя или иного уполномоченного физического или юридического лица следующие документы, подтверждающие факт события, обозначенного в договоре страхования как Страховой случай, в соответствии с законодательством Российской Федерации (или в соответствии с утвержденными уполномоченными органами процедурами подтверждения указанных событий): Индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или его копия, заверенная выдавшим его учреждением), копии историй болезни стационарного больного, заверенные выдавшим их учреждением, карта амбулаторного больного (оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением). Заклучая Договор страхования, Страхователь тем самым подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик вправе запрашивать такие подтверждающие документы.

4.8. Для решения вопроса о признании Страхового случая «Инвалидность Страхователя I группы» Страховщик вправе за свой счет направить Страхователя на медицинское обследование в определяемом Страховщиком объеме, а также использовать полученные данные о состоянии здоровья Страхователя для проведения независимой медицинской экспертизы. Заклучая 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.

4.9. Независимо от признания Страховщиком доказательств Инвалидности Страхователя I группы надлежащими, в случае, если инвалидность установлена с указанием сроков переосвидетельствования, Страхователь обязан представлять Страховщику документы, подтверждающие прохождение переосвидетельствования, в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня прохождения переосвидетельствования. При этом, если в результате переосвидетельствования I группа инвалидности снята, Страхователь с даты заключения о снятии I группы инвалидности продолжает уплачивать страховые взносы согласно условиям заключенного Договора страхования.

4.10. С момента освобождения Страхователя от обязанности уплачивать Страховые взносы по Договору страхования размеры

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

Страхового взноса, Страховой суммы, а также периодичность оплаты Страховых взносов не подлежат изменению по инициативе Страхователя (Застрахованного лица).

5. ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ОСВОБОЖДЕНИЮ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

5.1. Освобождение от уплаты страховых взносов будет иметь место только в случае, если:

5.1.1. Смерть или Инвалидность Страхователя I группы установлена до Годовщины действия Договора страхования, непосредственно следующей за датой достижения Страхователем 64 (шестидесяти четырёх) летнего возраста;

5.1.2. при отсутствии задолженности по уплате Страховых взносов по Договору страхования (в том числе, по данной Дополнительной программе) на дату установления Инвалидности Страхователя I группы;

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.1. В соответствии с настоящими Условиями освобождение от уплаты Страховых взносов не предоставляется Страхователю, если:

6.1.1. Инвалидность Страхователя I группы была установлена или смерть Страхователя наступила в результате событий, перечисленных в п. 5 Полисных условий, произошедших в отношении Страхователя;

6.1.2. в отношении Страхователя на момент заключения Договора страхования была установлена инвалидность I или II группы.

6.2. Страховщик оставляет за собой право по данной Дополнительной программе в Договоре страхования по соглашению со Страхователем расширить перечень исключений из страхового покрытия, если такое решение продиктовано соображениями оценки страхового риска или особенностями принимаемого на страхование Страхового риска. При этом расширение перечня исключений не влияет на изменение Страхового тарифа и служит условием принятия Страхового риска таким образом, что без расширения перечня исключений и (или) применения дополнительных исключений из объема страхового покрытия такой Страховой риск не был бы принят на страхование.

УСЛОВИЯ ИНДЕКСАЦИИ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Условия индексации являются дополнением к Полисным условиям. К Условиям индексации применимы положения Полисных условий в отношении размера, порядка и срока уплаты Страховых взносов по Договору страхования, если в Условиях индексации или Договоре страхования не предусмотрено иное.

2. УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДЕКСАЦИИ

2.1. Целью применения Условия индексации является защита от инфляции Страховой суммы, установленной по Договору страхования. Эта цель достигается ежегодным индексированием Страховой суммы и Страхового взноса.

2.2. При условии увеличения размера Страховой суммы по Договору страхования в результате индексации Страховщик не вправе требовать проведения медицинского обследования Застрахованного лица, подвергать Застрахованное лицо врачебному осмотру.

2.3. Страховщик по согласованию со Страхователем вправе прекратить применение положений Условия об индексации.

2.4. Размер индексации, в дальнейшем именуемый Индекс, может определяться в размерах 5%, 10%, 15% и будет применяться ко всем Договорам страхования, подлежащим индексированию.

2.5. К подлежащим индексированию Договорам страхования относятся (1) Договоры страхования, в Страховом сертификате которых прямо указано на применение индексации; (2) Договоры страхования, в Страховом сертификате которых прямо не указано на применение Условия индексации, но при этом Страхователем оплачен индексированный Страховой взнос по письменному предложению Страховщика.

3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОЙ СТРАХОВОЙ СУММЫ И УВЕЛИЧЕННОГО СТРАХОВОГО ВЗНОСА

3.1. Индексация проводится в каждый очередной Полисный год. Страховщик может ограничить срок, в течение которого применяется индексация Страховой суммы. В дальнейшем увеличенная Страховая сумма фиксируется на дату прекращения применения положений Условия индексации.

3.2. При первой индексации увеличенная Страховая сумма будет определена в порядке применения Индекса к Страховой сумме по Договору страхования. В последующие полисные годы увеличенная Страховая сумма будет определяться посредством применения Индекса к предыдущему размеру увеличенной Страховой суммы.

3.3. При первой индексации увеличенный Страховой взнос будет определяться в порядке применения Индекса к Страховому взносу, установленному в Договоре страхования. В последующие полисные годы увеличенный Страховой взнос будет определяться посредством применения Индекса к предыдущему увеличенному Страховому взносу.

3.4. В случае, когда увеличенный Страховой взнос недостаточен для обеспечения соответствующего размера увеличенной Страховой суммы, размер увеличенной Страховой суммы соответствующим образом уменьшается по соглашению Сторон или Страховщик вправе предложить Страхователю уплатить дополнительный Страховой взнос.

4. ПРАВО НА ОТКАЗ ОТ ИНДЕКСАЦИИ

4.1. Страхователь вправе отказаться от индексации и уплатить такой же Страховой взнос, что и в предыдущий Полисный год.

4.2. В случае отказа от индексации Страховщик имеет право отменить дальнейшую индексацию по заключённому Договору страхования и не предлагать её Страхователю в следующем полисном году. После отказа Страхователя от применения положений Условия индексации право на индексацию может быть восстановлено с согласия Страховщика.

5. ДЕЙСТВИЕ ПОЛОЖЕНИЙ УСЛОВИЙ ИНДЕКСАЦИИ

5.1. Действие положений Условия индексации прекращается автоматически в случае:

5.1.1. Истечения срока действия Договора страхования.

5.1.2. Расторжения Договора страхования.

5.1.3. Преобразования Договора страхования в Оплаченный полис.

5.1.4. Смерти Застрахованного лица.

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.

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. Пожизненный аннуитет (Вариант 4) выплачивается равными ежемесячными платежами при условии достижения Выгодоприобретателя до даты очередной выплаты аннуитета. Пожизненный аннуитет с периодом гарантированной выплаты (Вариант 5) выплачивается равными ежемесячными платежами Выгодоприобретателю при условии его

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

дожития до даты очередной выплаты аннуитета, а в случае его смерти аннуитет выплачивается его/её наследникам в течение гарантированного срока, указанного в Договоре страхования. Пожизненный аннуитет с передачей 60% пережившей супруге (супругу) (Вариант 6) выплачивается равными ежемесячными платежами Выгодоприобретателю при условии его дожития до даты очередной выплаты аннуитета. Если супруга (супруг) Выгодоприобретателя переживет его, то она (он) будет получать пожизненный аннуитет в размере 60% от размера исходного аннуитета. После первой выплаты аннуитета никакие изменения в условия выплаты не производятся.

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

1.5. По всем вариантам, описанным в п. 1.1. Условий выплаты аннуитетов, Страховщик вправе начислять дополнительный инвестиционный доход.

1.6. 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 Перспектива Премиум. Программа № 3», используются в настоящей Дополнительной программе в том значении, в каком они указаны в Полисных условиях программы смешанного страхования «Райффайзен Перспектива Премиум. Программа № 3», - 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.

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

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

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, 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

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОГРАММЫ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ «РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. ПРОГРАММА № 3»

Утверждены приказом № 06-16/17 от 02.10.2017 года

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.