

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами САО «РЕСО-Гарантия» заключает договоры добровольного страхования на случай критических заболеваний со Страхователями, которыми могут выступать:

1.1.1. дееспособные физические лица, заключающие договоры страхования на случай причинения вреда их жизни, здоровью и трудоспособности или на случай причинения вреда жизни, здоровью и трудоспособности другого названного в договоре лица или группы лиц (далее по тексту - Застрахованные);

1.1.2. юридические лица любой организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, заключающие договоры страхования на случай причинения вреда жизни, здоровью, трудоспособности третьих лиц (Застрахованных).

1.2. Договор страхования на случай критических заболеваний может быть заключен в отношении одного Застрахованного (индивидуальное страхование) или группы, коллектива Застрахованных (коллективное страхование).

1.3. Договор может быть заключен на основании общих, стандартных условий, предусмотренных настоящими Правилами или на основании дополнительных условий к настоящим Правилам, указанным в специализированных программах.

1.4. Для получения страховой выплаты в случае смерти Застрахованного в договоре может быть назначен Выгодоприобретатель - физическое или юридическое лицо.

1.5. На страховании принимаются лица в возрасте от 18 лет до 65 -летнего возраста на момент окончания срока действия договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Не подлежат страхованию и не являются Застрахованными:

- инвалиды 1 и 2 группы;
- лица, требующие ухода, а также страдающие на момент заключения договора страхования психическими заболеваниями и/или расстройствами;
- лица, которые уже перенесли одно из заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний (приложение № 1 к настоящим Правилам);
- лица, имеющие нарушение коронарных артерий, большие сахарным диабетом, атеросклерозом, заболеваниями периферических кровеносных сосудов;
- лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы.

В случае, если Страхователь, а также Застрахованный сообщил Страховщику заведомо ложные сведения относительно наличия у Застрахованного инвалидности и (или) группы инвалидности, а также указанных выше заболеваний Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

1.6. Договор страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

1.7. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выго-

доприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

1) уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

2) уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

3) уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

4) уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователем (Выгодоприобретателем) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного, связанные с причинением вреда здоровью, а также в связи со смертью в результате критического заболевания.

Страховщик – страховое акционерное общество «РЕСО-Гарантия» (САО РЕСО-Гарантия), юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности, действующее на основании лицензии.

Страхователь – юридическое лицо, дееспособное физическое лицо или индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный – физическое лицо, имущественный интерес которого, связанный с жизнью, здоровьем и трудоспособностью является объектом страхования.

Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, указанное в договоре страхования для получения выплат по договору страхования. Назначение Выгодоприобретателя в случае, когда Страхователь не является Застрахованным лицом, осуществляется только с письменного согласия Застрахованного. Если в договоре Выгодоприобретатель не указан, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного по закону.

Договор страхования (страховой полис) – соглашение между Страховщиком и Страхо-

вателем, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) произвести выплату страхового обеспечения Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю). При отличии условий, содержащихся в Правилах, заявлении на страхование и Договоре страхования, преимущественную силу имеют условия, содержащиеся в полисе.

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то территорией страхования является весь мир.

Болезнь - нарушение жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приводящее к временному или постоянному нарушению, или утрате трудоспособности, а также смерти Застрахованного.

Критическое заболевание – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, характеризующееся высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний, для целей настоящих Правил страхования установлен Приложением № 1 к настоящим Правилам.

Врач - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником Застрахованного.

Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю/Застрахованному или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Безусловная франшиза – предусматривает уменьшение размера убытка по страховому случаю на размер установленной франшизы.

Условная франшиза – предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности по страховым случаям, не превышающим размера франшизы, или равный ему, но если размер убытка превышает размер установленной франшизы, то размер страхового возмещения определяется без учета франшизы.

Временная франшиза – предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности по страховым случаям, если срок действия оговоренного обстоятельства, могущего привести к наступлению страхового случая, был менее установленного.

Условия применения и размер франшизы устанавливаются договором страхования (страховым полисом). Если иное не определено условиями Договора страхования, временная франшиза считается условной.

Предшествовавшее состояние — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующее на момент заключения договора страхования, либо проявлявшееся в течение 12 месяцев до заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

Срок страхования - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

Правила страхования - изложенные в настоящем документе условия страхования, на основании которых заключается договор страхования (страховой полис). Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения Застрахованному (Выгодоприобретателю), независимо от сумм, причитающихся ему по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц.

3.3. По договору, заключенному на основании настоящих Правил предусматривается страхование следующего риска:

3.3.1. Критическое заболевание у Застрахованного или хирургическая операция Застрахованному (далее - «Критическое заболевание»), предусмотренные и определенные в соответствии с Перечнем критических заболеваний и хирургических операций (Приложение № 1 к настоящим Правилам), при условии, что первые симптомы заболевания проявились в период действия договора, диагностирование заболевания и/или проведение хирургической операции произошли в период срока страхования. Одновременное диагностирование нескольких критических заболеваний или проведения хирургических операций в целях настоящего страхования считается одним страховым случаем.

3.4. Договором страхования может быть предусмотрена любая комбинация критических заболеваний из Перечня критических заболеваний и хирургических операций.

3.5. Договором страхования может быть предусмотрена иная комбинация перечней заболеваний.

3.6. Событие, предусмотренное п. 3.3. настоящих Правил, признается страховым случаем, если оно произошло в период действия срока страхования и подтверждено документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, судом и другими).

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Событие, указанное в п. 3.3. настоящих Правил, не признается страховым, если оно произошло в результате:

4.1.1. умышленных действий Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя;

4.1.2. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет;

4.1.3. войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти;

4.1.4. применения или воздействия любой военной техники, военных боеприпасов, а также в результате мер, принятых в целях контроля, предотвращения, подавления, минимизации указанных действий, в том числе:

- воздействия пуль, мин, бомб, ракет, фугасов, торпед, снарядов, иных средств поражения, средств подавления средств поражения/предотвращения или их осколков;
- воздействия ударной волны, теплового или иного излучения, токсического воздействия боевых химически опасных и отравляющих веществ, воздействия ионизирующего излучения;
- применения оружия массового поражения;

4.1.5. террористических актов;

4.1.6. алкогольного опьянения или отравления Застрахованного, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ;

4.1.7. любых повреждений здоровья, вызванных радиационным облучением или в результате использования ядерной энергии;

4.1.8. несоблюдение медицинских предписаний врача, указанных в амбулаторной карте застрахованного;

4.1.9. заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ (в том числе алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, алкогольный цирроз печени, алкогольный гепатит печени и другие их последствия);

4.1.10. предшествовавших состояний или их последствий.

4.2. Не признаются страховым случаем заболевания, указанные в Перечне критических заболеваний и хирургических операций (Приложение № 1 к настоящим Правилам) как исключения.

4.3. Не признаются страховым случаем события, произошедшие после увеличения риска, о котором не было сообщено Страховщику.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховая сумма по Договорам страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.2. По согласованию сторон договор страхования может быть пересмотрен в части изменения страховой суммы (при увеличении страховой суммы может потребоваться заполнение медицинской анкеты и проведение дополнительного медицинского обследования), срока страхования, периодичности уплаты взносов и т. д.

5.3. Все изменения и дополнения к договору оформляются Страховщиком в виде Дополнительных соглашений к Договору страхования. Любые изменения и дополнения к Договору страхования действительны только в случае, если они не противоречат законодательству Российской Федерации, настоящим Правилам, а также практике Страховщика в предоставлении данного вида страховых услуг, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика, и подписью (и печатью) Страхователя.

5.4. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования (страховом полисе) страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом). При этом с целью осуществления контроля за валютным риском Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования (полисе) или в правилах страхования.

5.5. Страховой тариф рассчитывается как произведение базового страхового тарифа и коэффициентов, зависящих от пола, возраста, профессиональной принадлежности Застрахованного, рода его деятельности, периода действия договора, увлечений, образа жизни Застрахованного, объема страхового покрытия, результатов медицинского освидетельствования, численности группы.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК УПЛАТЫ

6.1. Размер страховой премии по договору страхования определяется Страховщиком исходя из страховой суммы, тарифных ставок, срока страхования, количества Застрахованных и указанных в Приложении к настоящим Правилам.

6.2. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

6.3. Страховая премия может быть уплачена Страхователем любым способом по согласованию сторон (наличными деньгами в кассу Страховщика или путем безналичных расчетов) не позднее срока, установленного в договоре страхования, если иное не запрещено действующим законодательством Российской Федерации.

Днем уплаты страховой премии считается:

- при уплате страховой премии наличным путем – день передачи денег представителю Страховщика или их внесения в кассу Страховщика;
- при уплате страховой премии безналичным путем – день поступления денежных средств на счет Страховщика.

6.4. Если страховая премия или ее первый взнос не поступил(а) в срок, предусмотренный договором страхования, или поступил(а) не полностью, договор считается не вступившим в силу.

6.4.1. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений любым доступным из способов, перечисленных в п. 1.7. настоящих Правил страхования.

6.5. Договором страхования может быть предусмотрено предоставление Страховате-

лю льготного срока для уплаты очередного взноса.

6.6. Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату страховых взносов, как это установлено договором, он может обратиться к Страховщику с запросом об изменении условий договора страхования.

6.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащей выплате страховой обеспечения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

6.8. При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в следующем размере при сроке страхования:

- 1 мес. – 30% 7 мес. – 75%
- 2 мес. – 40% 8 мес. – 80%
- 3 мес. – 50% 9 мес. – 85%
- 4 мес. – 60% 10 мес. – 90%
- 5 мес. – 65% 11 мес. – 95%
- 6 мес. – 70%

от суммы годового платежа.

6.9. При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты между Сторонами Договора в иностранной валюте, страховая премия (страховой взнос) может быть установлена в эквиваленте иностранной валюты, а также может быть оплачена Страхователем в иностранной валюте.

6.10. При уменьшении численности Застрахованных по Договорам коллективного страхования на 25% и более по отношению к численности Застрахованных, указанной при заключении Договора, Страховщик оставляет за собой право увеличить размер страховой премии на одного Застрахованного в одностороннем порядке с учетом следующих параметров:

Коэффициент повышения годовой премии при уменьшении численности Застрахованных в течение срока действия Договора			
Количество месяцев, которые действовал настоящий Договор к моменту уменьшения численности Договора	Процент уменьшения численности Застрахованных по отношению к начальной численности Договора		
	25%-50%	51%-75%	свыше 75%
1-3 месяца	1.28	1.62	1.83
4-6 месяцев	1.26	1.52	1.63
7-9 месяцев	1.14	1.24	1.26
10-12 месяцев	1.05	1.08	1.11

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен на 1 год или на любой иной срок, но не более, чем до достижения Застрахованным 65-летнего возраста, если иное не установлено Договором страхования. Срок действия Договора устанавливается по соглашению сторон.

7.2. Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты первого, либо единовременного страхового взноса в полном объеме, но не ранее даты начала срока страхования, указанного в Договоре страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения коллективного Договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы

8.1.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме;

8.1.2. список принимаемых на страхование лиц по установленной Страховщиком форме;

8.1.3. медицинская анкета Застрахованного по форме Страховщика (по отдельным принимаемым на страхование лицам);

8.1.4. данные проведенных медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам);

8.1.5. дополнительные анкеты по форме Страховщика в связи с занятиями застрахованных различными видами спорта, наличием определенных заболеваний.

8.2. На основании представленных сведений Страховщик имеет право уменьшить страховые суммы по рискам, увеличить размер страховой премии, исключить из покрытия определенные заболевания.

8.3. Перед заключением Договора страхования, для оценки страхового риска и определения размера страховой премии, Страховщик вправе потребовать от Страхователя проведение анкетирования лиц, принимаемых на страхование, путем заполнения и подписания Медицинской анкеты, установленной Страховщиком формы.

8.4. В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от заполнения Медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

8.5. При заключении коллективного договора страхования критических болезней в пятидневный срок после представления письменного заявления и других необходимых документов Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования и сообщает Страхователю о принятом решении.

8.6. Договор коллективного страхования составляется в 2-х экземплярах, скрепляется печатями и подписями Страхователя и Страховщика и может быть удостоверен страховым полисом (единым или индивидуальным) в пятидневный срок после уплаты страховой премии или первого взноса.

8.7. Договор индивидуального страхования от критических заболеваний может быть заключен путем составления одного документа, либо вручения Страхователю подписанного Страховщиком страхового полиса.

8.8. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных понимается действия, предусмотренные законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»:

В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

8.9. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие

договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

8.10. Договор страхования вступает в силу со дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, указанного в договоре страхования (если договором не предусмотрено иное).

8.11. В случае утраты страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю на основе письменного заявления выдается дубликат полиса, после чего утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.12. При повторной утрате полиса в течение действия договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления полиса.

8.13. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

8.14. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

8.15. Договор страхования прекращается в случае:

- истечения срока действия договора страхования;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- смерти Застрахованного (всех Застрахованных) в период действия договора страхования;
- неуплаты очередного страхового взноса в установленные договором сроки;
- принятия судом (арбитражным судом) решения о признании договора страхования недействительным;
- соглашения сторон (о намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга письменно не позднее, чем за 30 дней, если иное не предусмотрено договором страхования, до даты предполагаемого расторжения);
- ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица при условии, что Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;
- 8.16. В случае досрочного отказа Страхователя от договора страхования при условии, что возможность наступления страхового случая не отпала, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.
- 8.17. Если договор страхования прекращается досрочно в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 8.18. При изменении условий Договора страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм, изменение

страховых рисков), Страхователю возвращаются:

8.18.1. в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных уплаченные за этих Застрахованных страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов в размере 30%, если иное не установлено Договором страхования;

8.18.2. в случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных без изменения общей численности, часть уплаченных за этих Застрахованных страховых взносов за неистекший срок действия договора, пропорционально уменьшению ответственности;

8.18.3. по соглашению сторон договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания договора или в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по договору (включение в договор новых Застрахованных, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков) проведен взаимозачет.

8.19. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования);

- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 календарных дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

8.20. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, по причине подтвержденного факта непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования, Договор страхования прекращается с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Договора страхования. Возврат уплаченной страховой премии осуществляется за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения заявления об отказе от Договора, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Изменение в обстоятельствах признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

9.3. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по Договору страхования до момента расторжения договора, если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации.

9.4. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, указанных при заключении договора, то согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9.5. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличения страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. Получить дубликат Договора страхования (полиса) в случае его утраты;

10.1.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

10.1.3. С письменного согласия Застрахованного назначить по договору страхования любое лицо в качестве получателя страховой выплаты - Выгодоприобретателя - и впоследствии заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

Замена Выгодоприобретателя по договору, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с согласия последнего;

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы;

10.1.4. Досрочно расторгнуть договор с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

10.1.5. Вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;

10.1.6. Вносить изменения в список Застрахованных с согласия Страховщика путем письменного заявления о включении/исключении сотрудников в/из списка Застрахованных. Застрахованный может быть заменен другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного. На основании заявления оформляется дополнительное соглашение к договору страхования, содержащее обновленный список Застрахованных и, при необходимости, сумму

дополнительной страховой премии, подлежащую уплате.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

10.2.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику всю необходимую информацию о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованных, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

10.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных, банковских реквизитов;

10.2.4. В период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний, переезд или длительная командировка (более 1 месяца) в другую страну /другой регион Российской Федерации. Указанная обязанность в равной степени распространяется на Выгодоприобретателя.

10.2.5. В течение 30 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

10.2.6. Исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Запрашивать у Страхователя информацию, имеющую значение для определения степени риска, размера тарифа и страховых выплат.

10.3.2. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение требований и условий договора.

10.3.3. По мере необходимости направлять запросы в компетентные органы.

10.3.4. Требовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованный (Выгодоприобретатель).

10.3.5. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 10.2.2. настоящих Правил.

10.3.6. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых Страхователь умолчал, уже отпали.

10.3.7. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

10.3.8. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

10.3.9. Признать договор страхования прекращенным, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной в пункте 10.2.4. настоящих Правил.

10.3.10. Увеличить срок рассмотрения заявления на выплату в случае не предоставления документов и сведений, запрошенных Страховщиком в соответствии с п. 11.13 настоящих Правил страхования.

10.3.11. Перед заключением договора страхования требовать заполнения Застрахованным медицинской анкеты, содержащей вопросы о состоянии здоровья Застрахованного. Основываясь на информации, указанной в медицинской анкете, Страховщик имеет право увеличить размер страховой премии для каждого Застрахованного и/или направить Застрахованного нахождение медицинского обследования в лечебное учреждение, указанное Страховщиком. Расходы, связанные с прохождением медицинского обследования, оплачивает Страхователь (Застрахованный), если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.3.12. По согласованию со Страхователем расширить перечень критических заболеваний и хирургических операций, указанных в Приложении № 1 к настоящим Правилам;

10.3.13. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования;

10.3.14. Увеличить размер страховой премии на одного Застрахованного в одностороннем порядке в соответствии с п.6.10. настоящих Правил страхования

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования;

10.4.2. Выдать Страхователю страховой полис (Договор страхования), установленной Страховщиком формы;

10.4.3. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

10.4.4. При наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения после получения всех необходимых документов, предусмотренных Договором страхования и/или настоящими Правилами и составления страхового акта.

10.4.5. Сообщить в письменной форме решение об отказе в выплате страхового обеспечения с обоснованием причин в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе;

10.4.6. При заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности

информирования получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг;

10.4.7. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:

- обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

- о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом.

10.4.8. По запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, повторно ознакомить с положениями Раздела 11 настоящих Правил страхования.

10.5. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные права и обязанности сторон.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

11.1. При наступлении страхового события Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен в течение тридцати суток (если иное не предусмотрено договором страхования), начиная со дня, следующего за днем наступления страхового события, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, известить об этом Страховщика.

11.2. Если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не имели возможности известить Страховщика о наступлении, указанного в пункте 11.1 настоящих Правил срока, заявление о страховом случае принимается к рассмотрению в пределах срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации. Однако Страховщик оставляет за собой право требовать доказательств того, что возможность своевременного извещения Страховщика действительно отсутствовала.

11.3. Размер выплаты страхового обеспечения определяется в процентах от страховой суммы. Если иное не установлено Договором страхования, выплата составляет 100% страховой суммы. Договором страхования могут быть установлены различные размеры выплат по видам критических заболеваний и хирургических операций. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок выплаты страхового обеспечения.

11.4. Выплата может быть произведена представителю Застрахованного (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной Застрахованным (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством РФ порядке.

11.5. Страховщик принимает решение о выплате страхового обеспечения в течение 15

(пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов.

11.6. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента признания им случая страховым, если иные сроки не предусмотрены условиями Договора страхования.

Страховая выплата производится наличными (через кассу Страховщика) или на банковский счет Страхователя (Застрахованного), Выгодоприобретателя согласно действующему законодательству РФ.

11.7. Страховая сумма не выплачивается в случаях, предусмотренных в разделе 4 (Исключения).

11.8. Выплата страхового обеспечения по страховому событию критическое заболевание, осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному в течение срока страхования.

11.9. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая, указанного в п.3.3. настоящих Правил Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) должны быть представлены следующие документы:

- оригинал договора страхования (полис),
- заявление по установленной Страховщиком форме,
- документ, подтверждающий личность Застрахованного (Выгодоприобретателя),
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу критическое заболевание (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.),
- копию листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованный (при наличии)

• результаты проведенных анализов и исследований

• оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;

• оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением, содержащая информацию о всех имевшихся у Застрахованного заболеваниях до начала действия Договора страхования с указанием установленных диагнозов, даты их установления, а также проведенного в связи с заболеванием лечения

В медицинских документах должны содержаться: дата и обстоятельства заявленного случая, полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты всех проведенных диагностических исследований, названия лечебных мероприятий, срок временной нетрудоспособ-

ности. Диагноз, поставленный Застрахованному, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков). Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь нотариально заверенный перевод. Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с расшифровкой фамилии (подпись и печатью врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

11.10. Перечень документов, которые могут быть запрошены Страховщиком дополнительно для установления факта и обстоятельств страхового случая:

- заверенная должностным лицом станции скорой медицинской помощи и печатью станции скорой медицинской помощи копия карты вызова скорой медицинской помощи;
- заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия направления на медико-социальную экспертизу;
- заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия акта (протокола) освидетельствования МСЭ;
- оригинал или заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия результатов (акт/протокол) контрольного освидетельствования, проведенного организацией медико-социальной экспертизы;
- данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки, МРТ, КТ, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО ЭГ и Эхо КГ, исследования физиологических жидкостей, цитологические и гистологические исследования). Данные должны быть заверены должностным лицом и печатью ЛПУ;
- переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события;
- данные из страховых компаний по ОМС: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события;
- оригинал или заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия документа, содержащего подробную информацию об обстоятельствах произошедшего с Застрахованным события и результатах (в том числе окончательных) расследования;
- копия заявления на страхование;
- копия квитанции / платежного поручения об уплате страхового взноса/взносов;
- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

11.11. В случае недостаточности данных подтверждения страхового случая Страховщик оставляет за собой право назначать проведение дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинского освидетельствования несет Застрахованный, если иное не оговорено в Договоре страхования.

11.12. В случае, если документов, предоставленных Страхователем / Выгодоприобретателем по событию с признаками страхового случая недостаточно для принятия Страховщиком решения о признании события страховым, о страховом возмещении и (или) в случае предоставления ненадлежащим образом оформленных документов, Страховщик обязан:

- принять их;
- в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов уведомить заявителя о необходимости представить недостающие и/или надлежащим образом оформленные документы, с указанием перечня указанных документов.

11.14. При отсутствии правовых оснований для осуществления страховой выплаты Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе.

11.15. Общая сумма выплат по одному риску не может превышать размера страховой суммы, установленного для данного риска.

11.16. Если страховая сумма по соответствующему риску в договоре страхования (страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения. Если курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения выше курса ЦБ РФ на день заявления о страховом случае на 20% и более, то при расчете страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на день заявления о страховом событии, увеличенный на 20%. В договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

12.1. Изменение договора возможно по соглашению сторон и в иных случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

12.3. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

12.4. В случае изменения договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении или расторжении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

13. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

13.1. Страховщик не несет ответственность за неисполнение/ненадлежащее исполнение его обязанностей по Договору страхования, если такое неисполнение/ненадлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы;

13.2. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: военные действия, а также

маневры, иные военные мероприятия и их последствия; террористические акты; гражданские волнения; всякого рода забастовки; мятежи; конфискации; реквизиции; арест; введение чрезвычайного или военного положения; бунты; путчи; государственные перевороты; заговоры; восстания; революции; воздействия ядерной энергии; наводнение; землетрясение; эпидемия и иные явления природы.

13.3. В случае изменения государством Конституции и/или гражданского законодательства, правоотношения по договору страхования, с момента вступления этих изменений в законную силу, подлежат приведению в соответствие с новым законодательством. Однако, в отношении конкретных событий, возникших до изменения законодательства, применяется закон, действовавший в момент их возникновения.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением, при необходимости, специальной созданной экспертной комиссии. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам и любым иным дополнительным условиям страхования.

14.3. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращению направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/ Выгодоприобретатель вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.