

ИНГОССТРАХ

Просто быть уверенным



**Правила страхования
гражданской
ответственности при
проведении
клинических
(доклинических)
исследований
лекарственных
средств**

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «24» ноября 2021 г. № 469

Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»


_____ А.С. Ларкин

М.П.

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ
(ДОКЛИНИЧЕСКИХ) ИССЛЕДОВАНИЙ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Москва, 2021 г.

Оглавление

1.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	3
2.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	5
3.	СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	5
4.	ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.....	5
5.	СТРАХОВАЯ СУММА	6
6.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ.....	7
7.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	8
8.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	9
9.	ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	10
10.	ФРАНШИЗА	11
11.	ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ (УЩЕРБА). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	11
12.	СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	13
13.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	14
14.	ПОРЯДОК ПРИЕМА ДОКУМЕНТОВ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ	15

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования гражданской ответственности при проведении клинических (доклинических) исследований лекарственных средств (далее – «Правила страхования» или «Правила») определяют общие условия и порядок осуществления страхования гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам в результате осуществления деятельности, связанной с разработкой, клиническими или доклиническими исследованиями лекарственных средств.

В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, и настоящими Правилами за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах» заключает Договоры страхования (далее – Договор) по следующим видам страхования в соответствии с принятой в законодательстве классификацией:

- в части страхования ответственности - по виду «страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам»;
- в части страхования дополнительных расходов Страхователя, возникших в связи с причинением вреда - по виду «страхование финансовых рисков».

1.2. Страховщик – Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном Законом РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке.

Договоры страхования могут заключаться как по месту нахождения Страховщика, так и по месту нахождения его филиалов. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные им страховые агенты (юридические и физические лица) на основании соответствующих Договоров и(или) доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

Сайт Страховщика - официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.ingos.ru.

Официальный Сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы в т.ч. для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

1.3. Страхователями могут выступать учреждения здравоохранения, имеющие лицензии на проведение клинических исследований лекарственных средств¹, организации - разработчики лекарственных средств², либо иные лица, имеющие в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее по тексту - РФ) право заключать договор страхования гражданской ответственности при проведении клинических (доклинических) исследований лекарственных средств.

1.4. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, если иного не предусмотрено законодательством Российской Федерации, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена (Застрахованного лица). Лицо, риск ответственности которого застрахован, должно быть названо в Договоре страхования. Если Застрахованное лицо не названо в Договоре страхования, то застрахованным считается риск ответственности самого Страхователя.

1.5. Договор страхования считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред в результате осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) Застрахованной деятельности. Далее в тексте настоящих правил страхования такие лица именуются Выгодоприобретателями. В случае смерти лица вследствие причинения ему вреда в результате осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) Застрахованной деятельности, Выгодоприобретателями, если иное не предусмотрено договором страхования, признаются наследники указанного лица в соответствии с их наследственными долями.

Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования Выгодоприобретателя (Застрахованного лица), в договоре страхования указывается идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо. При предъявлении требования о страховой выплате Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо) обязан представить Страховщику страховой полис, а также документы, подтверждающие наличие у Застрахованного лица права на получение страхового возмещения.

1.6. Выгодоприобретателями могут быть физические лица, участвующие в клинических исследованиях лекарственного средства, кроме тех, которые по закону не могут участвовать в клинических исследованиях лекарственных средств, т.е. выступать в качестве Пациента, а также другие физические и юридические лица, жизни, здоровью и имуществу которых может быть причинен вред в процессе осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) Застрахованной деятельности.

1.7. Пациентами Страхователя являются лица, участвующие в клинических исследованиях, что должно быть зафиксировано в соответствующих документах, и подтвердившие в письменной форме свое согласие на участие в исследованиях и факт ознакомления с условиями проведения исследования, его описанием. Конфиденциальность данных, позволяющих идентифицировать личность Пациента, может быть защищена с учетом правил соблюдения личной тайны согласно соответствующим регулятивным требованиям.

1.8. Под Застрахованной деятельностью понимается деятельность по разработке новых лекарственных средств (поиск новых фармакологически активных веществ, последующее изучение их лекарственных свойств, а также доклинические исследования) и/или по проведению клинических исследований лекарственных средств (включая исследования лекарственных средств, которые уже зарегистрированы и используются, с целью выявления их дополнительных свойств, уточнения степени эффективности или сравнения с другими лекарственными средствами), реализация которой может послужить основанием для предъявления лицу, ее осуществляющему, базирующихся на нормах действующего законодательства РФ требований о возмещении вреда, связанного с недостатками исследуемых (испытываемых) лекарственных средств, недостаточной информацией о них,

¹ Лицензии на проведение клинических исследований лекарственных средств выдает федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения.

² Организации - разработчики лекарственных средств - организации, обладающие патентными правами на лекарственные средства и авторскими правами на результаты его доклинических исследований.

непреднамеренными ошибками и упущениями в процессе ее осуществления.

1.9. Осуществление Застрахованной деятельности не должно противоречить законодательству Российской Федерации.

1.10. Заключая/подписывая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления-вопросника с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о принципах расчета ущерба, причиненного имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа имущества;
- о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме.

1.11. Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет ему копии Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

1.12. При заключении Договора страхования Страховщик должен согласовать со Страхователем способы взаимодействия, которые будут использоваться Страховщиком для предоставления информации.

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными Договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Конкретный способ взаимодействия указывается Страхователем в заявлении о заключении договора (если оно выражено в письменной форме) и/или в договоре страхования/полисе.

Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

1. уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае;
2. уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя);
3. уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае.
4. уведомление направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru, о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

1.13. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному Договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования.

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правила, на основании которых произведен расчет.

1.14. По требованию Страхователя, Выгодоприобретателя Страховщик обязан разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования, расчеты страховой выплаты.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя или Застрахованного лица, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц вследствие осуществления Застрахованной деятельности, а также с риском возникновения непредвиденных расходов, связанных с причинением вреда.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем признается факт установления обязанности Страхователя (Застрахованного лица) в силу действующего гражданского законодательства РФ возместить вред, причиненный жизни и здоровью и/или имуществу третьих лиц в результате осуществления Застрахованной деятельности.

Факт установления обязанности Страхователя (Застрахованного лица) возместить вред должен быть подтвержден вступившим в силу решением суда или обоснованной претензией третьего лица, предъявленной в соответствии с действующим законодательством, признанной Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом).

По настоящим Правилам страхования покрываются исключительно требования третьих лиц к Страхователю (Застрахованному лицу) по возмещению причиненного им вреда вследствие недостатков испытуемых лекарственных средств, недостаточной информации о них, непреднамеренных ошибок и упущений при осуществлении Застрахованной деятельности.

Основанием для установления обязанности Страхователя в силу действующего гражданского законодательства РФ возместить Выгодоприобретателям имущественный ущерб могут быть совершенные работниками Страхователя (Застрахованного лица) или иными лицами, осуществляющими деятельность в его интересах, непреднамеренные ошибки и упущения при осуществлении Застрахованной деятельности.

3.3. По настоящим Правилам страхования возмещаются только требования, впервые заявленные Страхователю в течение периода страхования, указанного в Договоре страхования, только в отношении событий, произошедших на территории страхования.

3.4. Страховая защита по настоящим Правилам страхования распространяется на убытки, впервые обнаруженные и понесенные в связи с событиями, произошедшими не ранее ретроактивной даты, указанной в Договоре страхования.

Ретроактивная дата устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем и закрепляется в Договоре страхования (страховом полисе).

3.5. Страховым риском по настоящим Правилам является возможная причина (событие) неумышленного нанесения вреда жизни и здоровью и/или имуществу третьих лиц в результате:

- а) недостатков лекарственного средства, возникших в результате непреднамеренных ошибок при вынесении решения о его безопасности;
- б) недостатков метода исследования лекарственного средства, в результате непреднамеренных ошибок при выборе метода;
- в) недостаточного уровня квалификации и/или опыта специалистов и персонала вследствие непреднамеренных ошибок при выборе специалистов и персонала, принимающих участие в исследовании лекарственного средства;
- г) недостаточности информации об исследуемом лекарственном средстве;
- д) недостаточности информации о методе исследования лекарственного средства;
- е) недостаточности информации о квалификации и/или опыте специалистов и персонала, принимающих участие в исследовании лекарственного средства;
- ж) недостаточности информации о противопоказаниях у лица, принимающего участие в клиническом исследовании лекарственных средств;
- з) непреднамеренных ошибки и упущений в процессе отбора лиц, принимающих участие в клиническом исследовании лекарственных средств, в процессе отбора клинических баз;
- и) прочих непреднамеренных ошибок и упущений специалистов и персонала.

3.6. Страховым случаем признается предъявление к Страхователю (Застрахованному лицу) обоснованных требований, вызванных событиями, перечисленными в п. 3.5 Правил, при условии, что:

3.6.1. имеется наличие прямой причинно-следственной связи между причинением вреда и осуществлением Страхователем (Застрахованным лицом) указанной в Договоре страхования Застрахованной деятельности;

3.6.2. причинение вреда имело место после ретроактивной даты, указанной в Договоре страхования, а требование о возмещении вреда впервые заявлено Страхователю (Застрахованному лицу) во время действия Договора страхования и в результате Застрахованной деятельности конкретного поименованного в Договоре страхования лица.

3.7. Страховщик также компенсирует Страхователю необходимые и целесообразно понесенные им расходы по уменьшению вреда, причиненного третьим лицам.

3.8. Кроме того, в Договоре страхования может быть оговорено также возмещение документально подтвержденных расходов и издержек, понесенных Страхователем в связи с установлением обстоятельств дела, при этом при расчете страховой премии Страховщик вправе применить соответствующий коэффициент.

3.9. Если это оговорено в полисе, Страховщик компенсирует Страхователю разумные и целесообразно понесенные расходы (издержки) по судопроизводству и урегулированию убытков (гонорары адвокатам, вознаграждения независимым экспертам и т.п.), которые Страхователь понес в результате исковых требований, предъявленных к нему в связи с проведением клинических (доклинических) исследований, при этом при расчете страховой премии Страховщик вправе применить соответствующий коэффициент.

3.10. Требования третьих лиц о возмещении вреда должны быть предъявлены в виде имущественной претензии в соответствии с гражданским законодательством РФ.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховое покрытие, предоставляемое на основе настоящих Правил, не распространяется на:

4.1.1. убытки и любые иные требования Пациентов к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с ухудшением здоровья, в случае, если не установлена их связь с участием в клиническом исследовании;

4.1.2. убытки и любые иные требования к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с неисполнением Страхователем (Застрахованным лицом) договорных обязательств;

4.1.3. убытки и любые иные требования к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с возмещением вреда, причиненного работникам, персоналу Страхователя (Застрахованного лица) (ответственностью работодателя);

4.1.4. требования работников Страхователя (Застрахованного лица) либо их родственников, которые являлись Пациентами по какому-либо из клинических исследований;

Однако, если это прямо предусмотрено Договором страхования, и при условии внесения дополнительной страховой премии, распространяется:

4.1.5. на убытки и любые иные требования к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с перекрестной ответственностью лиц, ответственность за причинение вреда которых застрахована;

Примечание: под перекрестной ответственностью лиц понимается гражданско-правовое обязательство из причинения вреда, кредитор и должник в котором входят в одну группу лиц, определяемую по нормам антимонопольного законодательства РФ;

4.1.6. на убытки и иные требования к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с ухудшением здоровья, в случае, если исходя из имеющихся научных данных о характеристиках лекарственного средства, невозможно с достоверностью установить причинно-следственную связь между ухудшением здоровья и употреблением (применением) лекарственного средства, однако отсутствуют другие причины ухудшения здоровья, и по заключению экспертов вероятность наличия данной причинно-следственной связи близка к абсолютной;

4.1.7. на убытки и любые иные требования к Страхователю (Застрахованному лицу), связанные с ущербом генетической структуре;

4.2. Не признаются страховыми случаями и не возмещаются по настоящим Правилам убытки, возникшие прямо или косвенно в результате:

а) умышленного причинения вреда. К умышленному причинению вреда приравниваются действия/бездействие лиц, ответственность за причинение вреда которых застрахована, при которых с большей вероятностью ожидается наступление страхового случая, о чем виновному лицу известно или должно быть известно;

б) требования о возмещении ущерба, вытекающие из:

- всякого рода военных действий или их последствий, действия мин, бомб и других орудий войны, гражданских волнений и забастовок, незаконных актов третьих лиц, незаконных действий и распоряжений военных или гражданских властей;
- ядерного взрыва, радиоактивного заражения;
- отключения электроэнергии, теплоснабжения и т.д.;

в) недостатков, лекарственных средств и побочных эффектов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, до наступления страхового случая, и они согласились самостоятельно нести риск возможного в связи с этим ущерба жизни и здоровью;

г) умышленного нарушения сотрудниками Страхователя (Застрахованного лица) плана (инструкций) и правил, предписанных при разработке и проведении клинических (доклинических) исследований лекарственных средств;

и, если иное не предусмотрено Договором страхования, заключенным с условием оплаты учитывающей указанные дополнительные риски страховой премии:

д) заражения при переливании крови;

е) заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п.

ж) ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования, используемого для проведения клинического (доклинического) исследования лекарственных средств;

з) не выполнения Пациентом плана (инструкций) и правил техники безопасности, предписанных при проведении клинических (доклинических) исследований лекарственных средств;

и) ответственность, связанная с компенсацией морального вреда.

4.3. Страховым случаем не является:

(а) ответственность, возникшая вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) деятельности, не предусмотренной выданным ему соответствующим полномочным органом государственной власти (министерством, комитетом, департаментом, советом, проч.) разрешением на проведение клинического (доклинического) исследования лекарственных средств либо при истечении (приостановлении) срока действия такого разрешения в установленном законом порядке;

(б) ответственность, возникшая в результате разглашения или иного использования сведений, полученных Страхователем (Застрахованным лицом) в ходе проведения клинического (доклинического) исследования лекарственных средств;

(в) обязанность по уплате неустоек (штрафов, пеней), начисляемых Страхователю (Застрахованному лицу) в связи с его деятельностью;

(г) имущественная ответственность по убыткам в форме упущенной выгоды, возникшим у Пациента - потерпевшего лица вследствие вреда, причиненного ему в результате застрахованной деятельности Страхователя (Застрахованного лица).

(д) возникновение ответственности за вред, причиненный деловой репутации;

(е) возникновение ответственности за нарушение прав, предусмотренных законодательством об авторском, патентном праве и правах на средства индивидуализации (товарные знаки, знаки обслуживания и т.д.).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является определяемая по соглашению сторон денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, и которую не может превысить общая сумма страховых выплат:

а) по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия договора страхования,

б) по всем потерпевшим, заявившим свои требования о возмещении ущерба,

в) по всем видам ущерба (физическому, имущественному ущербу, расходам по уменьшению вреда);

Примечание: под физическим вредом понимается вред жизни и здоровью третьего лица, а также моральный вред.

5.2. Страховщик вправе при заключении договора страхования устанавливать лимиты ответственности:

- а) по одному страховому событию – максимальную сумму выплат по одному страховому случаю по возмещению имущественного и (или) физического ущерба, причиненного третьим лицам;
- б) по серии требований о возмещении ущерба, вытекающих из одного страхового события;
- в) по отдельным видам ущерба и (или) расходов (физическому, имущественному ущербу, расходам по уменьшению вреда).

В договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности и по иным критериям, отражающим особенности риска, принимаемого на страхование.

5.3. В случае заключения договора страхования на условиях, определенных в п. п. 3.8, 3.9, 4.1.5- 4.1.7, 4.2 (д-и) настоящих Правил страховая сумма определяется по соглашению сторон.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ

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

6.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Конкретный размер страхового тарифа определяется Договором страхования по соглашению сторон.

6.3. Размер страховой премии определяется с учетом страхового тарифа и поправочных коэффициентов, зависящих от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования. Страховщик при определении размера страховой премии вправе установить поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты к базовым страховым тарифам, экспертно определяемые в зависимости от различных факторов риска.

6.4. Порядок уплаты страховой премии.

6.4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая премия уплачивается:

- безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Страховщика в течение 10-ти банковских дней с даты подписания Договора страхования (оплата страховой премии с отсрочкой оплаты);
- наличными деньгами в кассу Страховщика в день заключения Договора страхования (в соответствии с нормативами расчетов наличными денежными средствами между юридическими лицами).

Днем уплаты страховой премии считается день поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика (его полномочного представителя).

6.4.2. Страховая премия может уплачиваться единовременно или в рассрочку (взносами). В последнем случае рассрочка уплаты страховой премии должна быть прямо предусмотрена Договором страхования.

6.4.2.1. В случае неуплаты страховой премии или первого страхового взноса в срок и в размере, установленных по Договору страхования с условием о его вступлении в силу вне зависимости от уплаты премии (взносов) и/или об отсрочке уплаты страховой премии (ее первого взноса), Страховщик вправе прекратить Договор страхования в одностороннем порядке, направив Страхователю уведомление по почтовому адресу, согласованному сторонами при заключении Договора страхования и указанному в заявлении-вопроснике и/или Договоре.

При наступлении страхового случая по такому Договору страхования до даты, установленной в Договоре для оплаты премии (первого взноса), Страховщик вправе потребовать уплаты премии или первого взноса досрочно.

При досрочном расторжении Договора страхования, указанного в первом абзаце настоящего пункта 6.4.2.1. в связи с неуплатой страховой премии или ее первого взноса, все обязательства сторон по Договору, в том числе возникшие до момента его расторжения, полностью прекращаются.

Моментом прекращения Договора страхования в этом случае является дата, указанная как дата уплаты страховой премии (первого взноса) или дата досрочной уплаты премии, указанная Страховщиком в его письменном уведомлении (счете), содержащем дату досрочной оплаты премии, если такой запрос был направлен Страхователю.

6.4.2.1.1. При неуплате премии (первого взноса) по Договору страхования, вступающему в силу с момента (даты) оплаты страховой премии (ее первого взноса) в срок и в размере, установленных в Договоре страхования как дата уплаты премии (первого взноса), Договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

6.4.2.2. В случае неуплаты второго или последующих страховых взносов в срок и в размере, установленных Договором страхования, Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях такого нарушения и вправе прекратить Договор страхования в одностороннем порядке, направив Страхователю уведомление по почтовому адресу, согласованному сторонами при заключении Договора страхования и указанному в заявлении-вопроснике и/или Договоре.

Моментом прекращения Договора страхования в таком случае является дата окончания оплаченного страхового периода. Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату в отношении случаев, произошедших с указанного момента прекращения Договора страхования.

Оплаченным страховым периодом является часть предусмотренного Договором срока страхования, пропорциональная отношению оплаченной премии ко всей премии, причитающейся по Договору страхования.

6.4.2.3. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях такого нарушения, путем направления Страхователю сообщения по указанным в Договоре страхования почтовому адресу или адресу электронной почты, или иным способом, согласованным сторонами при заключении Договора.

6.4.2.4. Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты страховой премии (взносов) в установленные Договором страхования порядке и сроки.

6.4.3. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте.

Страховая премия уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте (валютном эквиваленте).

Расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения по Договору страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), причиненные вследствие этого события убытки, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

7.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление-вопросник по предложенной Страховщиком форме о своем желании заключить договор страхования, с приложением следующих документов, необходимых для принятия Страховщиком решения о страховании риска:

- решение федерального органа контроля качества лекарственных средств о проведении клинических исследований;
- договор о проведении клинических исследований лекарственного средства между учреждением здравоохранения и организацией - разработчиком лекарственного средства;
- протокол клинического исследования (синописис).

Заявление-вопросник является неотъемлемой частью договора страхования.

7.4. Страховщик может потребовать предоставить копии письменного согласия Пациента на участие в клинических исследованиях лекарственного средства, а также подтверждения того, что Пациент был информирован:

- а) о лекарственном средстве и сути клинических исследований указанного лекарственного средства;
- б) об ожидаемой эффективности, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента;
- в) о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья;
- г) об условиях страхования здоровья пациента.

7.5. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его Заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением настоящих Правил.

Если в договоре страхования имеется ссылка на Правила страхования или иной документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то в договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию Правил страхования или иного документа, в котором изложены условия страхования.

Страховой полис выдается Страховщиком Страхователю в течение 5 банковских дней со дня поступления первого (единовременного) страхового взноса на счет Страховщика.

7.6. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

7.7. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или ее первого взноса если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.8. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;
- б) не разглашать конфиденциальные сведения о Страхователе, Застрахованных лицах и их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.9. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные Договором сроки;
- г) ликвидации Страхователя или Страховщика в порядке, определенном законодательными актами Российской Федерации;
- д) принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;
- е) если возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ);
- ж) отказа Страхователя от Договора страхования, если к такому моменту возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- з) по соглашению сторон;
- и) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

7.10. В случае досрочного прекращения Договора по требованию Страхователя согласно подп. ж) п. 7.9. настоящих Правил уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное.

7.11. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в подп. а), б), в), г) п. 7.9. настоящих Правил, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

При досрочном расторжении Договора страхования по основаниям, указанным в подп. е) п. 7.9. настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю оплаченную сумму страховой премии (взносов) пропорционально неистекшему сроку действия Договора страхования.

7.12. При досрочном прекращении Договора страхования по письменному соглашению сторон (подп. з) п. 7.9. настоящих Правил) Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной страховой премии (страхового взноса) пропорционально оставшемуся оплаченному периоду за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере, согласованном сторонами, если иного не указано в соглашении о расторжении Договора страхования.

7.13. Досрочное расторжение Договора производится на основании заявления Страхователя, в т.ч. с приложением

(при необходимости) к нему документов с указанием причин расторжения, уведомления Страховщика, наступления события, влекущего прекращение Договора страхования, либо соглашения сторон в зависимости от основания досрочного прекращения Договора страхования соответственно.

7.14. Датой досрочного прекращения Договора на основании подп. а), б), г), е) и ж) п. 7.9. настоящих Правил является дата соответствующего события.

Датой досрочного прекращения Договора страхования в случае, указанном в подп. в) п. 7.9. настоящих Правил является дата, определяемая согласно пунктам 6.4.2.1. и 6.4.2.2. Правил.

Дата досрочного прекращения Договора страхования и вопрос о возврате премии (взносов) по основанию, указанному в подп. и) п. 7.9. настоящих Правил, определяются исходя из соответствующих требований закона.

7.15. В случаях, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения, в частности, если Договор заключен после наступления страхового случая.

При недействительности Договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности Договора не предусмотрены действующим законодательством.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- б) при страховом случае произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;
- в) не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Страховщик имеет право:

- а) произвести оценку причиненного вреда / ущерба путем назначения медицинского освидетельствования, привлечения экспертных, оценочных организаций, консультационных бюро, прочих специализированных организаций;
- б) вести дела по урегулированию убытка от имени Страхователя;
- в) при приостановлении действия лицензии и/или соответствующих разрешений, выданных полномочными органами власти, Страхователя приостановить действие договора страхования до возобновления действия лицензии и/или разрешений, причем срок страхования в этом случае не продлевается.

Примечание: Приостановление действия Договора страхования означает возникновение у Страховщика права отказать в выплате страхового возмещения по Договору страхования, действие которого приостановлено.

8.3. Страхователь обязан:

- а) своевременно уплачивать страховые взносы;
- б) при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования;
- в) во время действия договора сообщить Страховщику в письменной форме о лишении или приостановлении действия его лицензии и/или соответствующего разрешения, выданного полномочными органами власти;
- г) принимать необходимые меры по предотвращению и уменьшению вреда и/или ущерба третьим лицам при наступлении страхового случая, сообщать о нем Страховщику в сроки, установленные договором страхования, а также:
 - передать Страховщику копию иска (претензии) о возмещении Страхователем имущественного и (или) физического ущерба, причиненного третьим лицам;
 - сообщать Страховщику о начале действий компетентных государственных органов по факту причинения ущерба (расследование, вызов в суд и т.п.);
 - представить имеющиеся документы и материалы, необходимые для принятия решения о страховой выплате по договору;
 - без письменного согласия Страховщика не давать обещаний и не делать предложений о добровольном возмещении убытка, не признавать полностью или частично своей ответственность за причинение вреда, не принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, а также не производить каких-либо выплат третьим лицам в связи с наступлением страхового случая;
- д) не нарушать в течение договора установленных правил и профессиональных требований;
- е) сообщать Страховщику незамедлительно о всяком изменении в характере риска, если это может повлиять на повышение степени риска страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

- 8.4.1. проверять соблюдение Страховщиком требований и условий договора страхования.
- 8.4.2. на получение дубликата страхового полиса при его утере в период его действия. После выдачи по заявлению Страхователя дубликата полиса утерянный полис считается недействительным, и выплаты по нему не производятся;
- 8.4.3. требовать пересмотра условий договора страхования при проведении мероприятий, уменьшающих вероятность возникновения страхового случая или размер возможного ущерба при страховом случае;
- 8.4.4. на перезаключение договора страхования на новых условиях в случае проведения мероприятий, уменьшающих вероятность наступления страхового случая и (или) последствий его наступления;
- 8.4.5. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.
- 8.4.6. в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования в любое время, если это предусмотрено условиями Договора страхования или по соглашению сторон с возмещением Страховщику причиненных ему этим убытков.

8.5. Если иное не предусмотрено договором страхования или соглашением между Страхователем и Страховщиком, заключая договор страхования (страховой полис) на основании настоящих Правил / Общих условий, Страхователь дает своё согласие с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных соответствующих физических лиц в течение 50 (пятидесяти) лет с даты заключения договора страхования (страхового полиса).

Под персональными данными понимаются данные физических лиц, указанные в договоре страхования (страховом полисе), в том числе, фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты,

паспортные данные.

Под обработкой персональных данных понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется как самим Страховщиком, так и указанными в настоящем пункте лицами на основании заключенного со Страховщиком договора с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях заключения, исполнения, изменения, продления, досрочного прекращения договора страхования (страхового полиса), продвижения услуг Страховщика и его партнеров на рынке, а также в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков, путем осуществления прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи (по телефону, электронной почте, через сайт или мобильное приложение Страховщика и/или его партнеров).

Страховщик вправе передавать персональные данные компаниям, оказывающим Страховщику ИТ-услуги, иные услуги в указанных в настоящем пункте целях. Такая передача может быть осуществлена посредством электронной почты или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Страховщик вправе с соблюдением требований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, осуществлять обработку, в т.ч. сведений, необходимых для оценки страховых рисков, определения размера убытков или ущерба, включая специальные категории персональных данных.

Указанные в настоящем пункте согласия действуют со дня заключения договора страхования (страхового полиса) до дня истечения пятидесятилетнего периода, исчисляемого с момента заключения договора страхования (страхового полиса), либо до момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком и идентифицировать субъекта персональных данных. Заявление на отзыв согласия на обработку персональных данных должно содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором, подпись субъекта персональных данных или его представителя. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя.

Срок действия согласия на обработку персональных данных составляет 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения договора страхования (страхового полиса).

Договором страхования (страховым полисом) могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) последний должен быть проинформирован согласованным со Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) способом:

- 1) обо всех предусмотренных Договором и (или) Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) 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;
- 2) о предусмотренных Договором и (или) Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

9.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- а) предпринять все необходимые меры для выяснения причин, хода и последствий страхового случая;
- б) незамедлительно, но в любом случае не позднее 3-х календарных дней (за исключением выходных и праздничных дней), сообщить доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, о случившемся Страховщику и в компетентные органы;
- в) незамедлительно извещать Страховщика обо всех требованиях, предъявляемых ему в связи со страховым случаем или предполагаемым страховым случаем;
- г) принять все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков и по спасанию жизни лиц, которым причинен ущерб;
- д) в той мере, насколько это доступно Страхователю (Застрахованному лицу), обеспечить участие Страховщика в осмотре поврежденного имущества и установлении размера причиненного вреда (убытков);
- е) оказывать все возможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда (убытков) по страховым случаям или предполагаемым страховым случаям;
- ж) предоставлять Страховщику всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного ущерба (убытков);
- з) в случае, если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов как Страховщика, так и Страхователя (Застрахованного лица) в связи со страховым случаем - выдать доверенность или иные необходимые документы для защиты таких интересов указанным Страховщиком лицам. Страховщик имеет право, но не обязан представлять интересы Страхователя (Застрахованного лица) в суде или иным образом осуществлять правовую защиту лиц, чья ответственность застрахована по Договору страхования, в связи со страховым случаем. Если Страховщик откажется от представления интересов Страхователя (Застрахованного лица) в суде, он обязан возместить Страхователю (Застрахованному лицу) фактически расходы по оплате адвокатов, защищающих его интересы в таких процессах. Такие

- расходы возмещаются в пределах лимита ответственности Страховщика, установленного Договором страхования;
- и) не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью требования, предъявляемые ему в связи со страховым случаем, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по регулированию таких требований без согласия Страховщика.

9.3. После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

- а) рассмотреть представленные документы в отношении имевшего места события, определить размер причиненного вреда (убытков);
- б) произвести расчет суммы страховой выплаты;
- в) составить страховой акт и произвести страховую выплату и/или направить письменный мотивированный полный или частичный отказ в страховой выплате в установленный настоящими Правилами срок.

9.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) не выполнит обязанности, указанные в п. 9.2. настоящих Правил страхования, Страховщик вправе отказать в страховой выплате в той мере, в которой это привело к возникновению или увеличению суммы ущерба (убытков).

10. ФРАНШИЗА

10.1. По соглашению сторон Договором страхования может быть предусмотрена франшиза, то есть часть убытков, которая определена Договором страхования и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

10.2. В соответствии с условиями Договора страхования, франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы в зависимости от порядка её определения и применения. Если иное не установлено в конкретном Договоре страхования, то применяется безусловная франшиза.

10.3. Если иного не установлено Договором страхования любые лимиты ответственности по Договору устанавливаются сверх франшизы, т.е. франшиза не уменьшает лимитов ответственности Страховщика.

10.4. Если иного не установлено Договором страхования, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю. При этом если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них. Если же несколько видов убытка и(или) несколько пострадавших Третьих лиц вызвано одним страховым случаем, франшиза вычитается только один раз.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ (УЩЕРБА). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. Страховое возмещение в пределах страховой суммы (лимита ответственности), указанной в Договоре, исчисляется в таком размере, в котором это предусмотрено законодательством о возмещении вреда (убытков).

11.2. При отсутствии спора о том, имел ли место страховой случай, наличия у потерпевшего права на получение страхового возмещения и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) его возместить, причинной связи между страховым случаем и возникшими убытками и размером причиненных убытков, заявленные требования удовлетворяются и страховое возмещение выплачивается во внесудебном порядке.

В этом случае определение размеров убытков и сумм страховой выплаты производится Страховщиком на основании документов компетентных органов (медицинских учреждений, врачебно-трудоу экспертных комиссий, органов социального обеспечения и т.д.) о фактах, обстоятельствах и последствиях причинения вреда (убытков), а также с учетом справок, счетов и иных документов, подтверждающих размер убытков.

Страховщик вправе пригласить Страхователя и/или Застрахованное лицо для участия в определении суммы страховой выплаты. В таком случае на основании вышеперечисленных документов составляется соглашение о страховой выплате, подписанное Страховщиком, Страхователем и/или Застрахованным лицом и потерпевшим.

Страховщик вправе привлечь независимых экспертов для определения размеров убытков, причиненных в результате наступления событий, указанных в настоящих Правилах и предусмотренных Договором страхования.

11.3. При наличии спора об обстоятельствах, перечисленных в п. 11.2. настоящих Правил, страховая выплата осуществляется после предоставления Страховщику заверенной копии решения (приговора) суда, вступившего в законную силу, устанавливающего факт наступления гражданской ответственности Страхователя (Застрахованного лица) и размер причиненного ущерба (убытков, вреда), либо заключенного с письменного согласия Страховщика мирового соглашения.

11.4. Для принятия решения о признании события страховым случаем и выплате страхового возмещения Страхователь (Застрахованное лицо) должен представить Страховщику следующие документы:

- копию Договора страхования;
 - требования о возмещении вреда (иски, претензии), предъявленные Страхователю (Застрахованному лицу) в связи с наступившим событием, вместе с документами, подтверждающими право Выгодоприобретателя на получение страхового возмещения, в том числе: наличие у Выгодоприобретателя интереса в сохранении имущества, поврежденного / уничтоженного вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности (документы, подтверждающие право собственности, договор аренды, договор хранения, чек на покупку); причинение вреда здоровью Выгодоприобретателя; возникновение права на получение страхового возмещения в связи со смертью потерпевшего;
 - выписной эпикриз, лист нетрудоспособности;
 - если в отношении события, рассматриваемого в качестве страхового случая, проводилась независимая экспертиза - заключение, составленное экспертной комиссией (заключение эксперта);
 - если страховой случай урегулируется в судебном порядке (предусмотренном п. 11.3 настоящих Правил) - решение (приговор) суда или арбитражного суда, содержащее размеры сумм, подлежащих возмещению в связи со случаями причинения вреда (убытков), подлежащих возмещению по Договору страхования, с приложением всех документов;
- если страховой случай урегулируется во внесудебном порядке, предусмотренном п. 11.2. настоящих Правил, - дополнительно представляются следующие документы:

- документы, составленные компетентным лицом, а при отсутствии компетентного лица, к компетенции которого законодательством отнесена фиксация и расследование обстоятельств наступившего события, - Страхователем (акты, протоколы и заключения), подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового случая, с указанием причин и обстоятельств его возникновения, а также лиц, виновных в наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если они известны. При этом, если порядок и форма составления указанных документов предусмотрены соответствующими нормативными актами, документы должны быть представлены строго в соответствии с указанными нормативными актами;
- документы из компетентных органов, подтверждающие факт события, его причины и обстоятельства, а также ответственных за причинение ущерба лиц (при наличии), в тех случаях, когда фиксация и расследование обстоятельств наступившего события находится в компетенции органов внутренних дел, МЧС, прокуратуры, государственной противопожарной службы, Ростехнадзора, государственных и ведомственных комиссий, других компетентных органов;
- результаты дополнительной экспертизы, в случае если назначена дополнительная экспертиза с целью определения размера ущерба, вызванного наступлением страхового случая. Расходы на проведение дополнительной экспертизы несет сторона, по инициативе которой она назначена;
- документы (счета, квитанции, накладные, иные платежные документы), подтверждающие размер расходов по уменьшению убытков, возмещаемых по Договору страхования, и/или расходов по защите;
- документы в подтверждение размера причиненного вреда (убытков) Третьим лицам;
- документы, устанавливающие факт наступления ответственности Страхователя (Застрахованного лица);

По соглашению сторон список документов, предоставляемых при наступлении страхового случая может быть сокращен, если представленных документов достаточно для установления факта наступления страхового случая и размера подлежащего выплате страхового возмещения.

11.5. Если иное не предусмотрено в Договоре, Страховщик возмещает Страхователю следующие убытки (расходы), возникшие у третьих лиц в результате проведения клинических (доклинических) исследований лекарственных средств:

- а) вред жизни и здоровью, причиненный физическому лицу;
 - б) имущественный ущерб, причиненный физическому и/или юридическому лицу;
 - в) расходы по уменьшению размера ущерба;
- и, если специально предусмотрено Договором страхования:
- а) расходы, связанные с предварительным расследованием обстоятельств дела (в соотв. с п. 3.8. Правил страхования);
 - б) судебные издержки и расходы (в соотв. с п. 3.9. Правил страхования);
 - в) моральный вред.

При заключении Договора страхования в отношении расходов, указанных в подпункте (е) настоящего пункта, при расчете страховой премии Страховщик вправе применить соответствующий коэффициент.

11.6. Размер причиненного вреда жизни и здоровью определяется в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ, однако страховая выплата не может превышать лимита ответственности по договору и включает в себя компенсацию:

- а) убытков лиц, имеющих право на возмещение вреда, причиненного им в связи со смертью кормильца, в виде:
 - расходов на погребение;
 - части заработка, которого лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении потерпевшего или имевшие право на получение от него содержания;
- б) неполученных доходов в связи с наступившей временной или постоянной утратой профессиональной трудоспособности в виде заработка, которого потерпевший – лишился вследствие потери трудоспособности;
- в) дополнительно понесенных расходов, вызванных повреждением здоровья, в том числе расходов на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

11.7. В части выплат по причиненному имущественному ущербу Страховщик возмещает убытки, причиненные имуществу третьих лиц, если их возникновение непосредственно связано с проведением клинических (доклинических) исследований лекарственных средств:

- а) в размере действительной стоимости имущества в случае полной гибели имущества, либо
- б) в размере фактически понесенных расходов на восстановление имущества, при его частичном повреждении.

11.8. В части выплат, связанных с предварительным расследованием обстоятельств дела, проведением судебных процессов и рассмотрением исков, предъявленных Страхователю, оплата таких расходов производится, исходя из средних расценок, действующих на начало действия договора страхования в регионе, в котором осуществлялось судопроизводство в связи со страховым случаем. Однако если гонорары адвокатам превышают эти расценки, то Страхователь обязан получить письменное подтверждение от Страховщика о покрытии таких расходов.

11.9. Расходы по уменьшению размера ущерба возмещаются Страховщиком в размере фактически понесенных и документально подтвержденных издержек и расходов.

11.10. В части прочих расходов, возникших в связи с причинением вреда, оплата таких расходов производится исходя из вступившего в силу решения суда или средних расценок, действующих на начало действия договора страхования в регионе, в котором имело место причинение вреда.

11.11. Страховое возмещение выплачивается Страховщиком при условии признания события страховым случаем, на основании заявления Страхователя (Застрахованного лица) и страхового акта в 30-дневный срок (за исключением выходных и праздничных дней, если более короткий срок не установлен Договором страхования) от даты подачи Страхователем (Застрахованным лицом) заявления о выплате с приложением всех необходимых документов по страховому случаю, предусмотренных в п. 11.2 и п. 11.4. Правил, либо после получения Страховщиком вступившего в законную силу решения (приговора) суда (арбитражного суда) или определения об утверждении заключенного с письменного согласия Страховщика мирового соглашения (п. 11.3. Правил), с учетом п.11.11.1-11.11.3, 11.14, 11.15 настоящих Правил.

В указанный срок Страховщик при условии признания события страховым случаем принимает решение о страховой выплате, составляет страховой акт (соглашение о страховой выплате/урегулировании убытка) свободной формы и осуществляет страховую выплату, а при непризнании события страховым случаем в течение 3 рабочих дней со дня принятия решения Страхователю (Застрахованному лицу) направляется письменное уведомление с обоснованием причин отказа.

11.11.1. В случае если назначена дополнительная экспертиза с целью определения размера ущерба, вызванного наступлением страхового случая, то срок выплаты страхового возмещения, исчисляется с даты получения Страховщиком результатов проведения дополнительной экспертизы, в случае если иные документы, необходимые для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и определения ее размера, не представлены позднее.

11.11.2. В случае если по факту страхового случая возбуждено уголовное дело, и если результаты расследования могут повлиять на определение факта наступления страхового случая и размера причиненного ущерба, то Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании страхового случая и осуществлении страховой выплаты до получения Страховщиком решения (приговора) компетентных органов, которым завершается производство по делу, в случае если иные документы, необходимые для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и определения ее размера, не представлены позднее.

11.11.3. В случае если Страховщик при наступлении страхового случая, предъявил требование о досрочной оплате неоплаченных взносов в порядке, установленном положениями п. 6.6. настоящих Правил, предусмотренный п. 11.11. Правил страхования срок выплаты страхового возмещения продлевается на срок, указанный в уведомлении о досрочной оплате взносов или в абз. 1 п. 6.6. Правил страхования (при отсутствии данного срока в уведомлении), в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил.

11.12. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных страховым законодательством, валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

11.13. Документы (их копии), предоставляемые для целей принятия решения о признании события страховым случаем или отказа в выплате, должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с заверенным нотариально переводом на русский язык, а также, при необходимости, легализованы либо апостилированы.

11.14. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщику должен быть представлен документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинается течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

11.15. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты продлевается (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.16. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней (если более короткий срок не установлен Договором страхования) с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

- 1) окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате;
- 2) порядок расчета страховой выплаты;
- 3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

В случае наличия в Договоре и (или) Правилах условия осуществления выплаты с учетом износа имущества Страховщик предоставляет получателю страховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа имущества.

11.17. По письменному запросу получателя страховых услуг Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней (если более короткий срок не установлен Договором страхования), обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

12. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае:

12.1.1. Неисполнения Страхователем / Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных п. 9.2. (б) настоящих Правил, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о данных обстоятельствах и/или предъявлении претензии либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

12.1.2. Если в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Страхователь и/или Застрахованное лицо не представили Страховщику документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового возмещения, предусмотренные положениями раздела 11 настоящих Правил.

12.1.3. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

12.1.4. Если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя и/или Выгодоприобретателя и/или Застрахованного лица или его представителя, за исключением случаев причинения вреда жизни или здоровью;

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

12.1.6. Если Страхователь (Застрахованное лицо) не выполнит обязанности, указанные в п. 9.2. настоящих Правил страхования, - в той мере, в которой это привело к возникновению или увеличению суммы ущерба (убытков).

12.2. Решение об отказе в страховой выплате принимается в течение 30 рабочих дней (за исключением выходных и праздничных дней, если более короткий срок не установлен Договором страхования), от даты подачи Страхователем заявления о выплате с приложением всех необходимых документов по страховому случаю, предусмотренных в п. 11.2 и п. 11.4. Правил, либо

после получения Страховщиком вступившего в законную силу решения (приговора) суда (арбитражного суда) или определения об утверждении заключенного с письменного согласия Страховщика мирового соглашения (п. 11.3. Правил) и в течение 3 рабочих дней со дня принятия решения Страхователем (Застрахованному лицу) направляется письменное уведомление с обоснованием причин отказа со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе.

В случае отказа в страховой выплате страховой акт не составляется. Решение об отказе в признании события страховым и выплате страхового возмещения может быть отсрочено в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

12.3. Не являются страховыми случаями события, наступившие вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества по распоряжению государственных органов.

12.4. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом, Договором страхования или настоящими Правилами.

12.5. Страховщик по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней (если более короткий срок не установлен Договором страхования), предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров представителей Страхователя и Страховщика. При невозможности достичь соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение Арбитражного суда г. Москвы. Договором страхования может быть предусмотрено положение о передаче рассмотрение споров в Третейский суд.

13.2. Если иного не предусмотрено Договором страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами между коммерческими организациями, проценты на сумму долга за период правомерного пользования денежными средствами не начисляются и уплате не подлежат.

13.3. В связи с тем, что Страховщик включен в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг до момента обращения такого потребителя с иском в суд подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ).

Под потребителем финансовых услуг для целей урегулирования споров с участием финансового уполномоченного понимается физическое лицо, являющееся лицом, в пользу которого заключен договор, либо лицом, которому оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

В случае перехода к иному лицу права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации у указанного лица также возникают обязанности, предусмотренные Законом № 123-ФЗ.

1) Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей (за исключением обращений, не подлежащих рассмотрению финансовым уполномоченным) и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

В случае, если размер требований потребителя финансовых услуг превышает 500 тысяч рублей, либо требования потребителя финансовых услуг касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды (п. 9 ч. 1 ст. 19 Закона № 123-ФЗ), потребитель финансовых услуг вправе заявить указанные требования в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- если обращение не соответствует ч. 1 ст. 15 Закона № 123-ФЗ (сумма требований более 500 тысяч рублей, Страховщик отсутствует в специальном реестре и др.);
- если потребитель финансовых услуг предварительно не обратился к Страховщику с заявлением в порядке, установленном ст. 16 Закона № 123-ФЗ (обязательное письменное обращение к Страховщику до направления обращения финансовому уполномоченному);
- если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашения, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;

– текст которых не поддается прочтению.

В случае наличия в суде, третейском суде дела по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям, который возник до направления обращения финансовому уполномоченному, стороны обязаны уведомить финансового уполномоченного об этом в письменной или электронной форме.

3) До направления финансовому уполномоченному обращения потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

– в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более 180 (ста восьмидесяти) календарных дней;

– в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя финансовых услуг, указанных в части 3 настоящего пункта Общих условий.

Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

Потребитель финансовых услуг вправе отозвать обращение до даты принятия финансовым уполномоченным решения по результатам рассмотрения спора. Обращение, которое отозвано потребителем финансовых услуг, не подлежит рассмотрению, а начатое рассмотрение подлежит прекращению не позднее рабочего дня, следующего за днем регистрации заявления об отзыве обращения. Копия заявления об отзыве обращения направляется Страховщику. Отзыв обращения потребителем финансовых услуг не лишает его права на направление повторного обращения финансовому уполномоченному по тем же основаниям.

Более подробно порядок направления обращений потребителя финансовых услуг, требования к обращению, а также иные условия, связанные с направлением и рассмотрением обращения потребителя финансовых услуг финансовым уполномоченным, определяются положениями Закона № 123-ФЗ.

14. ПОРЯДОК ПРИЕМА ДОКУМЕНТОВ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

14.1. При личном обращении получателя страховых услуг (Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя) Страховщик принимает документы на выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

14.2. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил и (или) Договора страхования) и правильность их оформления.

В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

14.3. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил и (или) Договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

14.4. Страховщик для принятия решения об осуществлении страховых выплат в связи с повреждениями транспортных средств и (или) установленных на него его узлов и агрегатов, не связанными с дорожно-транспортным происшествием или противоправными действиями третьих лиц, не вправе требовать от получателя страховых услуг документы, подтверждающие органами МВД России (полиции) факт и обстоятельства страхового случая.

14.5. Особенности направления заявления о страховой выплате и приложенных к нему документов в электронном виде:

14.5.1. Если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и при наличии соответствующей технической возможности Страхователь вправе направить уведомление о наступлении страхового случая, заявление о страховой выплате и приложенные к нему документы через личный кабинет Страхователя (Выгодоприобретателя) на официальном сайте Страховщика (www.ingos.ru) или через мобильное приложение Страховщика³. Документы направляются с соблюдением требований по формату и разрешению документов, указанных на сайте или в мобильном приложении Страховщика.

14.5.2. Отправляемая Страхователем информация в электронной форме подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью, согласно нормам Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи» и настоящих Правил, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

³ Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

14.5.3. При отправке Страхователем Страховщику уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов в форме электронных документов, подписанных электронной подписью, применяются положения Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик вправе проверить достоверность сведений, указанных Страхователем в заявлении о страховой выплате и в приложенных документах, и по результатам проверки в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения документов в электронной форме, направить Страхователю требование о предоставлении оригиналов документов. Требование может быть направлено в виде электронного документа, заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. В случае, если на момент обращения Страхователя Страховщик не осуществил его идентификацию, и проведение идентификации необходимо в соответствии с требованиями законодательства, Страховщик вправе провести эту идентификацию (в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 7 августа 2001 г. N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»). В случае, если Страховщик запросил оригиналы документов, в том числе в рамках первичного электронного документооборота, срок по п.11.11 настоящих Правил начинается с момента получения последнего из соответствующих оригиналов.