

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ К ДОГОВОРУ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
(в редакции от «21» января 2024 г.)**

Уважаемый Клиент,

Вы являетесь Застрахованным лицом по Договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней № 538/2018 от «08» февраля 2018 г. (далее – «Договор»).

Настоящие Условия страхования от несчастных случаев и болезней (далее – «Условия страхования») подготовлены на основании «Правил общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней» Страховщика в редакции от 28.09.2022г. (далее – «Правила»). Правила размещены на сайте Страховщика:

1. Предмет договора

1.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания, или смертью Застрахованного лица вследствие несчастного случая или заболевания

1.2. Под несчастным случаем понимается фактически произошедшее с Застрахованным лицом в течение срока действия страхования и в период страхового покрытия "24 часа в сутки" внезапное, непредвиденное событие, являющееся результатом воздействия внешних причин, не являющееся заболеванием, повлекшее за собой последствия, на случай которых осуществлялось страхование по п.п. 2.2.1. - 2.2.2. настоящих Условий.

1.3. Под заболеванием (болезнью) понимается заболевание (с учетом исключений, указанных в Разделе 2 настоящих Условий страхования, а также положений п. 1.6. настоящих Условий страхования), повлекшее за собой последствия, на случай наступления которых осуществлялось страхование по п.п. 2.2.1. - 2.2.2. настоящих Условий страхования.

1.4. Застрахованными лицами, по настоящим Условиям страхования, являются физические лица – заемщики кредитов, выразившие свое согласие на включение в число участников коллективного договора страхования и включенные в Список застрахованных лиц (далее по тексту – «Список застрахованных лиц»), удовлетворяющие условиям п. 1.6. Условий страхования, подписавшие заявление о присоединении к договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – «Заявление на страхование») в виде документа на бумажном носителе в подразделении Банка или в виде электронного документа с использованием Простой электронной подписи в системе дистанционного обслуживания Банка в соответствии с Условиями предоставления дистанционного банковского обслуживания для физических лиц в Акционерном обществе «ГЕНБАНК» в рамках Договора комплексного банковского обслуживания.

Простой электронной подписью является электронная подпись, которая посредством использования ключа простой электронной подписи подтверждает факт формирования электронной подписи конкретным физическим лицом. Ключом простой электронной подписи является уникальная последовательность символов, состоящая из комбинации логина, пароля и кода подтверждения, предназначенная для создания Простой электронной подписи в соответствии с Условиями предоставления дистанционного банковского обслуживания для физических лиц в Акционерном обществе «ГЕНБАНК». Признание электронных документов, подписанных с использованием простой электронной подписи, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью, выполняется в соответствии с Условиями предоставления дистанционного банковского обслуживания для физических лиц в Акционерном обществе «ГЕНБАНК» и Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Подписанные Заявления на страхование являются неотъемлемой частью Договора.

1.5. **Выгодоприобретателем-1** по страховым случаям, указанным в п. 2.2.1.-2.2.2 Условий страхования, в части страховой выплаты в размере задолженности Застрахованного лица по кредитному договору на дату страховой выплаты (в том числе вся сумма основного долга, сумма начисленных, но не уплаченных процентов за пользование кредитом, сумма штрафных санкций за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязанностей по кредитному договору, а также сумма иных платежей в пользу Банка, предусмотренных кредитным договором или нормами действующего законодательства) является **Страхователь**.

Выгодоприобретателем-2 в части остатка страховой суммы после выплаты Страхователю – является Застрахованное лицо или, в случае смерти Застрахованного лица - его наследники.

1.6. По Договору могут быть застрахованы и включены в Список застрахованных лиц, лица:

1.6.1. возраст которых составляет не менее 21 (Двадцати одного) полных лет на момент подписания Заявления на страхование и не более 70 (семидесяти) полных лет на момент окончания срока страхования в отношении Застрахованного лица;

1.6.2. не состоящие на учете в онкологическом, наркологическом, психоневрологическом и туберкулезном диспансерах;

1.6.3. не находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

1.6.4. на момент присоединения к Договору или в течение последних 5 лет не проходящие и не проходившие стационарное, амбулаторное или восстановительное лечение по поводу любого из нижеперечисленных заболеваний или состояний; которым не устанавливался по результатам обследования диагноз из нижеперечисленных, не находящиеся / не находившиеся под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеперечисленных заболеваний или состояний, не проходящие обследование и не ожидающие результатов диагностики по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из нижеуказанных заболеваний или состояний: цирроз печени, сердечно-сосудистые заболевания, а также социально значимые заболевания, указанные в Постановлении Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих" в редакции, действующей на дату присоединения к договору коллективного страхования: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психический расстройство и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, диагностированными до присоединения к договору коллективного страхования.

1.7. Лица, не соответствующие указанным выше обстоятельствам, принимаются на страхование от несчастных случаев и болезней на индивидуальных условиях, включая страховую премию, в офисах Страховщика после заполнения ими Заявления на страхование с учетом предусмотренного ст. 945 Гражданского Кодекса Российской Федерации права Страховщика на оценку страхового риска.

1.8. Если будет установлено, что Договор заключен в пользу лица, не соответствующего критериям, указанным в п. 1.6.4. Условий страхования, Страховщик вправе потребовать в отношении указанного лица признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации или отказать в страховой выплате.

2. Страховые случаи. Случаи не являющиеся страховыми, освобождение Страховщика от страховой выплаты, отказ в страховой выплате.

2.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого заключается Договор, обладающее признаками вероятности и случайности.

2.2. Страховыми случаями являются события, предусмотренные п.п. 2.2.1 – 2.2.2 настоящих Условий, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателю:

2.2.1. «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни» – смерть Застрахованного лица, обусловленная любым внезапным, внешним, непредвиденным воздействием на организм, в том числе в результате болезни, а также смерть застрахованного лица, если она наступила вследствие самоубийства, к моменту совершения которого договор страхования действовал не менее двух лет, и наступившая в течение срока действия страхования (далее – «Смерть в результате НСиБ»);.

2.2.2. «Утрата трудоспособности Застрахованным лицом с установлением I или II группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни» – установление I или II группы инвалидности (для лиц, имеющих инвалидность II группы – установление более тяжелой группы инвалидности) Застрахованному лицу в связи с ограничением жизнедеятельности Застрахованного лица, обусловленного стойким расстройством функций организма Застрахованного лица в результате любого внезапного, внешнего, непредвиденного воздействия на организм, в том числе болезни и наступившее в течение срока действия страхования (далее – «Инвалидность I или II группы в результате НСиБ»). На лиц, имеющих Инвалидность I группы страхование по п. 2.2.2 настоящих Условий страхования не распространяется.

2.2.3. По страхованию от несчастных случаев и болезней устанавливается период страхового покрытия – 24 (Двадцать четыре) часа в сутки.

2.3. События, предусмотренные п.п. 2.2.1, 2.2.2 настоящих Условий страхования, наступившие в результате несчастного случая или болезни, также являются страховыми случаями, если они произошли

не позднее 1 (Одного) года после окончания Периода страхования, в течение которого наступил несчастный случай или была впервые диагностирована болезнь

2.4. Случаи, не являющиеся страховыми, основания для освобождения от страховой выплаты, основания для отказа в страховой выплате приведены в п.п.2.5 – 2.8 настоящих Условий страхования.

2.5. Не являются страховыми случаями события, предусмотренные п.п. 2.2.1 – 2.2.2 настоящих Условий, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с алкогольным, наркотическим, токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного лица;

Под "алкогольным опьянением" по настоящим Условиям понимается состояние Застрахованного лица, при котором у Застрахованного лица уровень содержания этилового спирта в выдыхаемом воздухе составляет более 0,16 мг/л или 0,35 г/л в крови или иных биологических жидкостях, при этом если имеется более двух показателей, и они разнятся, то за основу берется большее значение. Если в медицинских документах или иных документах компетентных органов не указан уровень содержания этилового спирта, но имеется указание на нахождение Застрахованного лица в состоянии опьянения или алкогольной интоксикации, то Застрахованное лицо также считается находящимся в состоянии алкогольного опьянения;

2.6. Если события, предусмотренные п.п. 2.2.1 – 2.2.2 настоящих Условий, наступившие вследствие социально значимого заболевания, перечень которых утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих" в редакции, действующей на дату присоединения к договору коллективного страхования (туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психический расстройство и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением), цирроза печени, сердечно-сосудистых заболеваний, диагностированных Застрахованному лицу до присоединения к договору коллективного страхования, в отношении которых Страховщику при присоединении к договору коллективного страхования были сообщены ложные сведения Страховщик вправе отказать в страховой выплате.

2.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

2.7.1. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица). При этом страховщик не освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал в отношении данного Застрахованного лица не менее 2 (двух) лет.

2.7.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2.7.3. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;

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

2.8. В соответствии с п. 2 ст. 961 ГК РФ Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо или его законный представитель, Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая в сроки, обусловленные в Разделе 4 настоящих Условий, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

3. Страховая сумма. Срок действия страхования

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты. Страховая сумма устанавливается индивидуально в отношении каждого Застрахованного лица в размере равном сумме кредитной задолженности в отношении Застрахованного лица на дату выдачи кредита.

Страховая сумма постоянная в течение срока действия страхования в отношении Застрахованного лица и является единой (общей) страховой суммой по всем страховым случаям.

3.2. Срок действия страхования указывается в Заявлении о присоединении к договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней.

3.3. Даты начала и окончания срока страхования устанавливаются индивидуально для каждого Застрахованного лица и указываются в Списке застрахованных лиц за очередной отчетный период. Дата начала срока страхования не должна быть ранее даты выдачи кредита Застрахованному лицу и не ранее даты вступления в силу настоящего Договора. Дата окончания срока страхования не должна превышать дату окончания срока действия настоящего Договора.

3.4. Срок страхования по настоящему Договору не может превышать 84 (восемьдесят четыре) месяца

для каждого Застрахованного лица.

3.5. Страховая премия уплачивается в порядке, предусмотренном Заявлением о присоединении к договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней.

3.6. Срок действия страхования в отношении Застрахованного лица заканчивается до истечения срока действия страхования, указанного в Заявлении о присоединении к договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней, в результате событий, указанных в п. 7.1.1 – 7.1.5 настоящих Условий страхования.

4. Порядок извещения о событии, имеющем признаки страхового случая.

4.1. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, предусмотренных п.п. 2.2.1-2.2.2 настоящих Условий страхования Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязан сообщить Страхователю о происшедшем в ближайший офис АО «ГЕНБАНК». Адреса и телефоны отделений указаны на сайте Банка <https://www.genbank.ru/o-banke/ofisy-i-bankomaty>. Либо обратиться к Страховщику в ближайший офис ООО "КПСК". Адреса и телефоны филиалов указаны на сайте Страховщика <https://kpsk-ins.ru/kontakty>, предоставив документы о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 30 (Тридцати) календарных дней после того, как ему стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

4.2. Информирование Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по его запросу о действиях, связанных с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, а также о форме и способах осуществления страховой выплаты осуществляется в той же форме, в которой им был сделан запрос либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

5. Документы, предоставляемые при наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

5.1. Для получения страховой выплаты Страховщику при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 2.2.1 - 2.2.2 настоящих Условий страхования (уполномоченному представителю Страховщика) Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем (или их законными представителями) должны быть предоставлены документы:

5.1.1. заявление о страховой выплате, составленное в письменном виде, а также согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия;

5.1.2. Документ, удостоверяющий личность обратившегося за выплатой. Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты);

5.1.3. справка ОВД или Постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, или акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения производственной травмы), – предоставлять только при наличии; выписка из медицинской карты амбулаторного больного за весь период наблюдения (краткий анамнез за период 5 лет до включения Застрахованного лица в Договор);

5.1.4. извещение о больном впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у), если событие связано со злокачественным образованием, диагностированным у Застрахованного лица;

5.1.5. банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты (если страховая выплата производится путем безналичного перечисления);

5.2. При наступлении по страховому случаю «Смерть в результате НСиБ» дополнительно к перечисленным в п. 5.1.1-5.1.5. Условий страхования, необходимо предоставить:

5.2.1. медицинское свидетельство о смерти;

5.2.2. свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица или его нотариально заверенная копия;

5.2.3. копия протокола патологоанатомического исследования или акта судебно-медицинской экспертизы (если исследование не производилось - копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

5.2.4. документы, удостоверяющие вступление в права наследования, выданные по истечении 6 (шести) месяцев со дня открытия наследства (свидетельство о праве на наследство);

5.3. При наступлении по страховому случаю **«Инвалидность I или II группы в результате НСиБ»** дополнительно к перечисленным в п. 5.1.1-5.1.4. Условий страхования, необходимо предоставить:

5.3.1. направление на медико-социальную экспертизу;

5.3.2. справка из учреждения медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) об установлении инвалидности, протокол проведения МСЭ;

5.3.3. справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследований, описанием проведенного лечения;

5.4. В случае, если соответствующие компетентные органы отказали Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в выдаче каких-либо документов, запрошенных Страховщиком, – копию соответствующего запроса и письменного ответа на него, если таковой получен.

5.5. В случае возбуждения уголовного дела или судебного разбирательства (процесса) по факту причинения вреда здоровью Застрахованного лица или смерти Застрахованного лица, обвиняемым или подозреваемым по которому является Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), в том числе, должностное лицо Страхователя (Выгодоприобретателя) – предоставляется решение соответствующего компетентного органа, устанавливающее наличие или отсутствие умысла Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) в произошедшем событии.

5.6. Документы, предоставленные в соответствии с Разделом 5 настоящих Условий страхования, должны позволять Страховщику квалифицировать заявленное событие как страховой случай в рамках Договора страхования и установить размер страховой выплаты. В противном случае, Страховщик вправе в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком последнего из представленных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) документов согласно Разделу 5 настоящих Условий страхования сообщить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) о неполноте предоставленных документов и необходимости предоставления Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) недостающих документов и сведений, требуемых для квалификации заявленного события в качестве страхового случая и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы у иных лиц, органов или организаций, в том числе экспертных.

Если соответствующими компетентными органами возбуждено уголовное дело, связанное с заявленным событием, или ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению заявленного события, от результатов которого зависит принятие решения о квалификации события в качестве страхового случая, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) по требованию Страховщика также обязан предоставить документы, подтверждающие окончание или приостановление производства по уголовному делу (в зависимости от того, какое событие наступит ранее).

5.6.1 В случае выявления факта предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) Полиса, Страховщик обязан:

– принять их, при этом срок, указанный в п. 6.3. настоящих Условий страхования, 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.

Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней;

5.7. Документы, оформленные надлежащим образом – в случае, если Страховщику предоставлены ненадлежащим образом оформленные документы (в частности, незаверенные копии документов, документы, подписанные лицом, не имеющим на это полномочий, документы, содержащие не оформленные надлежащим образом исправления, и т.п.);

5.8. В случае, если у Страховщика имеются основания предполагать недостоверность представленных для получения страховой выплаты документов и/или содержащихся в них сведений – ответ компетентных органов или организаций на запрос Страховщика о подтверждении достоверности указанных документов (сведений).

5.9. Страховщик после получения заявления о страховом случае обязан:

5.9.1. принять заявление к рассмотрению;

5.9.2. при необходимости направить запрос в компетентные органы (учреждения, организации), медицинские организации о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт наступления несчастного случая или заболевания, их причину и последствия;

6. Порядок осуществления страховой выплаты и размер страховой выплаты.

6.1. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 2.2.1 - 2.2.2 настоящих Условий страхования, Страховщик осуществляет страховую выплату в следующем размере:

6.1.1. При наступлении страхового случая «Смерть в результате НС и Б», «Инвалидность I или II группы в результате НС и Б» – в размере 100 % страховой суммы;

Датой наступления страхового случая по событию, указанному в п.п. 2.2.1, настоящих Условий, является дата смерти Застрахованного лица.

Датой наступления страхового случая по событию, указанному в п. 2.2.2 настоящих Условий, является дата установления Застрахованному лицу I группы или II группы инвалидности.

6.2. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим по Договору в течение срока действия страхования по рискам, предусмотренным п.п. 2.2.1-2.2.2 настоящих Условий страхования, не может превышать размера единой (общей) Страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного лица, указанной в Заявлении о присоединении к договору коллективного страхования от несчастных случаев и болезней.

6.3. После получения всех необходимых и надлежащим образом оформленных документов и сведений (раздел 5 настоящих Условий страхования) Страховщик рассматривает их в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов). В течение указанного срока Страховщик:

а) если событие признано страховым случаем – составляет страховой акт и осуществляет страховую выплату;

б) если отсутствуют основания для осуществления страховой выплаты – оформляет соответствующее решение письмом, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы законодательства Российской Федерации и/или настоящие Условия страхования, и/или Правила на основании которых принято данное решение, и направляет указанное письмо по почте (или иным способом, предусмотренным Договором или соглашением сторон) в течение 3 (Трех) дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.

6.4. Страховая выплата производится путем безналичного перечисления на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты (или в указанную им организацию) или иным способом по согласованию с получателем страховой выплаты.

6.5. Днем страховой выплаты считается дата выдачи наличных денежных средств из кассы Страховщика или для безналичных переводов иная дата, определяемая в соответствии с требованиями законодательства.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя).

7. Порядок отказа от страхования

7.1.1. В случае обращения Застрахованного лица с Заявлением об отказе от страхования в течение 30 (тридцати) календарных дней («период охлаждения») со дня выражения Застрахованным лицом согласия о присоединении к Договору страхования при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая в отношении данного Застрахованного лица, страхование в отношении данного Застрахованного лица прекращается с даты получения Страхователем письменного заявления Застрахованного лица об отказе или даты начала срока действия страхования в зависимости от того, что произошло ранее. Если Заявление об отказе направляется по почте, датой направления письменного заявления считается дата, указанная на почтовом штемпеле организации почтовой связи по месту отправления
данного
заявления.

Возврат денежных средств, уплаченных Банку за присоединение к Договору страхования осуществляется Страхователем в полном объеме в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения Страхователем заявления о возврате.

7.1.2. В случае обращения Застрахованного лица с Заявлением об отказе от страхования по причине полного досрочного исполнения обязательств по договору потребительского кредита (займа) (полного досрочного погашения кредита), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая по

Договору страхования, Страхователь на основании письменного заявления Застрахованного лица возвращает страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страхователем указанного Заявления об отказе. При этом договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страхователем письменного Заявления об отказе Застрахованного лица. Сумма, равная вознаграждению, уплачиваемого Банку за присоединение к Договору страхования (комиссия за сбор, обработку и техническую передачу информации о физическом лице, связанную с распространением на Застрахованное лицо условий Договора страхования) возврату не подлежит.

7.1.3. В случае обращения Застрахованного лица с Заявлением об отказе от страхования по причине непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования в соответствии с требованиями Банка России, при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь на основании письменного заявления Застрахованного лица возвращает страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страхователем указанного Заявления об отказе. При этом договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страхователем письменного Заявления об отказе Застрахованного лица. Сумма, равная вознаграждению, уплачиваемого Банку за присоединение к Договору страхования (комиссия за сбор, обработку и техническую передачу информации о физическом лице, связанную с распространением на Застрахованное лицо условий Договора страхования) возврату не подлежит.

7.1.4. В случае если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая в отношении конкретного Застрахованного лица отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица по причинам, не относящимся к страховым случаям, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии подлежит возврату Застрахованному лицу, в отношении которого возможность наступления страхового случая отпала, или его наследникам в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения Страхователем заявления о возврате. Сумма, равная вознаграждению, уплачиваемого Банку за присоединение к Договору страхования (комиссия за сбор, обработку и техническую передачу информации о физическом лице, связанную с распространением на Застрахованное лицо условий Договора страхования) возврату не подлежит.

7.1.5. В случаях отказа Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) от страхования, отличных от указанных в пп. 7.1.1.- 7.1.4. настоящих Условий, страховая премия (ее часть) не возвращается.

7.1.6. Заявление об отказе от страхования предоставляется Страхователю в письменной форме путем отправки через организацию почтовой связи по адресу г. Симферополь, ул. Севастопольская, д. 13.

Заявление об отказе от страхования могут быть также направлены Страховщику по адресу: 295000, Российская Федерация, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Екатерининская, 29.