

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАО «МАКС»
Мартьянова Н.В.
«25» января 2006 г.

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЛЕТНОГО СОСТАВА НА СЛУЧАЙ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. Общие условия.

- 1.1. В соответствии с настоящими Правилами Закрытое акционерное общество «Московская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС») (далее по тексту «Страховщик») заключает с юридическими или физическими лицами (далее по тексту «Страхователи») договоры страхования (далее по тексту «Полис»), согласно которым Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая с Застрахованным произвести ему выплату страхового обеспечения в соответствии с Полисом и настоящими Правилами.
- 1.2. Страхователем может быть российское или иностранное юридическое лицо независимо от формы собственности, а также физическое лицо российского или иностранного гражданства.
Договор может быть заключён о страховании физического лица, выступающего в качестве Страхователя, или о страховании физического лица, отличного от Страхователя (далее по тексту «Застрахованный»). В последнем случае требования и условия настоящих Правил и договора страхования распространяются также и на Застрахованного.
- 1.3. В настоящих Правилах и Полисе используемая грамматическая форма мужского рода (напр. "Застрахованный") относится к лицам как мужского, так и женского пола.

2. Объект страхования. Страховой случай.

- 2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с дополнительным материальным обеспечением независимо от сумм, причитающихся ему по социальному и обязательному страхованию и в порядке возмещения вреда согласно действующему законодательству, на случай утраты Застрахованным профессиональной трудоспособности.
- 2.2. Страховым случаем является постоянная или временная утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности в следствие заболевания или травмы в результате несчастного случая, проявившихся и диагностированных в течение периода действия Полиса и вследствие чего в течение периода действия Полиса или 12 (двенадцати) месяцев после его окончания Застрахованный утрачивает профессиональную трудоспособность, что выражается в лишении Застрахованного Медицинского Сертификата летной годности с указанием в Выписке из протокола Врачебно-летной экспертной комиссии (далее по тексту «ВЛЭК») о негодности Застрахованного к выполнению полетных заданий на постоянной основе или об условиях (рекомендациях, возможностях) повторного прохождения ВЛЭК.
Далее по тексту: «постоянное лишение Застрахованного Сертификата летной годности» будет означать утрату Застрахованным профессиональной трудоспособности на постоянной основе; "временное лишение Застрахованного Сертификата летной годности" будет означать утрату Застрахованным профессиональной трудоспособности с указанием в Выписке из протокола ВЛЭК условий (рекомендаций, возможностях) повторного прохождения ВЛЭК.
- 2.3. Решение об утрате Застрахованным профессиональной трудоспособности выносится ВЛЭК, которая в своей работе руководствуется действующими нормативными документами, в частности, «Положением о медицинском освидетельствовании летного, курсантского, диспетчерского состава, бортпроводников и лиц, поступающих в учебные заведения гражданской авиации».
- 2.4. В соответствии с настоящими Правилами не покрывается страхованием лишение Сертификата летной годности, прямо или косвенно являющееся результатом:

1. Смерти Застрахованного.
2. Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или связанного со СПИД комплекса, как бы такой синдром ни был приобретен или как бы он ни назывался.
3. Войны, актов неприяельского государства, актов военного вторжения (независимо от того, объявляется или не объявляется война), гражданской войны, мятежей, забастовок, народных волнений, восстания, мятежных действий или военной или незаконно захваченной власти. Это исключение не относится к летному экипажу, когда он выполняет свои служебные обязанности.
4. Преднамеренного нанесения самому себе увечья, попытки самоубийства или покушения на нанесение увечья, спровоцированного Застрахованным.
5. Психического или поведенческого расстройства, являющимся самостоятельным заболеванием, в связи с чем квалифицированным практикующим врачом проводилось медицинское лечение или консультация до даты начала ответственности Страховщика по Полису.
6. Сокрытия предшествующей нетрудоспособности.
7. Преступного деяния или административного правонарушения Застрахованного.
8. Преднамеренной подверженности опасности, за исключением попытки спасти жизнь человека, самозащиты или разумной попытки предотвратить гибель или повреждение имущества.
9. Того, что Застрахованный не является оплачиваемым наемным работником, как об этом говорится в Полисе.
10. Беременности или деторождения.
11. Активной службы в вооруженных силах, за исключением выполнения обязанностей на условиях частичной занятости и не связанных с боевыми действиями.

3. Страховая сумма. Страховая премия.

- 3.1. Страховая сумма устанавливается соглашением Страховщика и Страхователя в каждом конкретном Полисе с учетом численного и возрастного состава Застрахованных, их стажа, места и условий работы, других факторов.
- 3.2. Страховая сумма устанавливается на каждого Застрахованного. Страховщик несет ответственность в пределах страховой суммы и лимитов, установленных в конкретном договоре страхования.
- 3.3. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с настоящими Правилами и Полисом.
- 3.4. Страховая премия исчисляется исходя из страховой суммы, страхового тарифа, пропорционально сроку страхования.
При расчете суммы страховой премии при заключении договора страхования, увеличении или уменьшении страховой суммы, а также расчете части премии, подлежащей возврату при досрочном расторжении договора, неполный месяц страхования считается как полный.
- 3.5. Страховой тариф представляет собой ставку премии с единицы страховой суммы
- 3.6. Размер страховой премии зависит от количества Застрахованных, их возраста, стажа, места и условий работы, наличия постоянного медицинского обследования и текущего состояния здоровья (в том числе наличия хронических, профессиональных заболеваний, травм), размера страховой суммы, срока страхования, статистики за предыдущий период и устанавливается исходя из конкретных условий страхования в соответствии с установленными у Страховщика тарифами.
- 3.7. Уплата страховой премии производится одновременно наличным платежом или по безналичному расчету, если иное не установлено договором страхования.
- 3.8. Страхователь обязан уплатить страховую премию в течение 5-ти банковских дней после подписания Полиса в оговоренном в нем порядке.
- 3.9. Допускается внесение страховой премии несколькими взносами (рассрочка по оплате страховой премии) на согласованных в Полисе условиях.
- 3.10. Если производится оплата в течение периода рассрочки, Полис будет оставаться в силе несмотря на то, что в течение этого периода может произойти событие, которое может вызвать претензию по Полису в отношении одного или более Застрахованных.
- 3.11. В случае неуплаты страховой премии договор страхования считается несостоявшимся, обязательства у сторон по договору не возникают.

3.12. В случае неуплаты очередного взноса в указанный в договоре срок договор страхования прекращает действие, при этом уплаченные взносы страховой премии не возвращаются.

4. Договор страхования.

4.1. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами заключается на основании устного или письменного заявления.

4.2. Заявление на страхование юридического лица оформляется письменно и должно содержать:

- 1) полное наименование юридического лица, адрес (юридический, фактического местонахождения и почтовый) и банковские реквизиты, телефоны должностных лиц;
- 2) сведения о численном, возрастном составе Застрахованных, их месте и условиях работы;
- 3) сведения о количестве страховых случаев по данному виду страхования за год, предшествующий страхованию;
- 4) срок, на который заключается договор страхования;
- 5) сведения о желательном объеме ответственности Страховщика;
- 6) сведения о других заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении Застрахованных;
- 7) иные сведения, запрошенные Страховщиком.

4.3. Если Страхователем является работодатель, то:

1. Фамилия, дата рождения и пол каждого Застрахованного должны регистрироваться Страхователем, и эта регистрация должна являться частью страхового Полиса. Страхователь должен предоставлять Страховщику в отношении всех Застрахованных всю информацию, какую Страховщик может время от времени обоснованно потребовать для определения объема своей ответственности и суммы страховой премии, подлежащей оплате в соответствии с Полисом.
2. Листки по учету кадров (личная карточка работника) Застрахованных хранятся в отделе кадров Страхователя. Поименный учет работников Страхователя ведет отдел кадров Страхователя. К Полису прилагается список Застрахованных.

4.4. Необходимым условием является, чтобы все Застрахованные имели Сертификаты летной годности и активно работали на дату начала действия Полиса или на дату, когда каждый Застрахованный будет иметь право на включение в Полис, и чтобы они не отсутствовали на работе (кроме планового отпуска) более, чем в течение 10 дней за предшествующие три месяца.

Если Застрахованный не удовлетворяет этому условию, то его страхование не будет осуществляться, пока:

- а) Застрахованный не вернется на работу и не проработает непрерывно в течение двух месяцев или
- б) Застрахованный не заполнит заявление, удовлетворяющее Страховщика, если он желает быть включенным в Полис раньше.

Если Страхователь выбирает вариант (б), то тогда вариант (а) может не применяться.

4.5. В случае утраты Страхователем в период срока страхования страхового Полиса ему выдается дубликат. После выдачи дубликата утраченный Полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

4.6. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами заключается на срок до 1 года и более.

4.7. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в нём как день начала его действия, но в любом случае не ранее уплаты Страхователем страховой премии или первого взноса (если договором страхования не установлено иное):

- 1) при безналичном платеже – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления денег на расчетный счет Страховщика;
- 2) при уплате наличными деньгами – с 00 часов 00 минут суток, следующих за днем получения денег представителем Страховщика;

4.8. Срок страхования по договору прекращается с 24 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как день окончания его действия.

4.9. По требованиям, вытекающим из Полиса, заключенного на основании настоящих Правил, Страховщик несет ответственность в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством РФ.

4.10. Страховой Полис в соответствии с настоящими Правилами не имеет стоимости в наличных деньгах и не может быть использован в качестве обеспечения каких-либо сделок.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Страховщик обязан:

- 1) при заключении договора ознакомить Страхователя с данными Правилами страхования;
- 2) не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованных и их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;
- 3) после получения сообщения о наступлении страхового случая:
 - а. принять от Страхователя/Застрахованного заявление и документы, подтверждающие обстоятельства происшедшего;
 - б. при признании случая страховым составить страховой акт и произвести расчет суммы страхового обеспечения;
 - в. выплатить страховое обеспечение в соответствии с Полисом и настоящими Правилами.

5.2. Страховщик имеет право:

- 1) перед началом страхования быть проинформированным в отношении летного состава о всех летных лицензиях/сертификатах, содержащих медицинские ограничения, а также вправе получить заполненные для индивидуального рассмотрения рисков заявления;
- 2) проводить экспертизу предъявленных документов с целью оценки наличия страхового случая, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;
- 3) полностью или в части отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь/Застрахованный:
 - а. неполностью или несвоевременно уплатил страховую премию (если установлена рассрочка - то в случае неуплаты очередного взноса), обусловленную Полисом;
 - б. сообщил неправильные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки степени риска;
 - в. представил ложные документы или предпринял намеренные действия с целью увеличения вреда или необоснованного увеличения размера страхового обеспечения;
 - г. не выполнил обязанности, предусмотренные п.6.2 настоящих Правил;
- 4) отсрочить выплату страхового обеспечения до предоставления необходимых подтверждающих документов, если существует сомнение в правомочиях получателя страхового обеспечения.

5.3. Страхователь обязан:

- 1) в оговоренные сроки оплатить страховую премию;
- 2) ознакомить Застрахованных с Правилами страхования;
- 3) при заключении договора и во время его действия предоставить Страховщику всю информацию о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска по договору.

5.4. В период действия договора Страхователь вправе:

- 1) увеличить страховую сумму или срок страхования с доплатой соответствующей страховой премии;
- 2) заменять Застрахованных лиц, уволившихся или переведенных на должности, по которым страхование не производится, другими, принятыми на их место.
При утверждении нового штатного расписания или при внесении Страхователем изменений в штатное расписание, действующее на момент заключения Полиса, в результате которых увеличивается численность Застрахованных или изменяется их возрастной состав, Страхователь обязан известить об этом Страховщика не позднее, чем за 5 дней до вступления в силу нового штатного расписания или его изменений для согласования соответствующих изменений к Полису. Страховщик оставляет за собой право при заявленном Страхователем увеличении численности Застрахованных принять дополнительную численность на страхование после пересмотра суммы страховой премии.
- 3) с согласия Страховщика вносить в договор новых лиц с доплатой соответствующей страховой премии, при этом срок страхования вновь принятых на страхование лиц не может выходить за срок действия договора.
- 4) досрочно расторгнуть договор страхования.

- 5.5. Застрахованный должен известить Страховщика о каких-либо дополнительных лицензиях/сертификатах, приобретенных в течение периода действия Полиса, или о любом изменении в типе или числе лицензий/сертификатов, указанных в Заявлении на страхование. Покрытие, предоставленное по настоящим Правилам, относится к медицинским стандартам, применяемым выпускающим лицензии органом, для всех лицензий/сертификатов, находящихся у Застрахованного на начало действия Полиса. Если осуществляются какие-либо изменения в медицинских требованиях, устанавливаемых органом, выдающим летные лицензии, или любым другим компетентным органом включая Правительство, и такие изменения относятся к какой-либо летной лицензии Застрахованного, то они должны быть сообщены и одобрены Страховщиком до даты признания непригодности на их основании. Если такого извещения не было, Полис покрывает лишь те убытки, которые возникают при применении медицинских требований, действовавших на начало периода страхования.
- 5.6. Страховщик оставляет за собой право изменить условия Полиса в любой момент, если, по мнению Страховщика, произошло существенное изменение в распределении возрастов Застрахованных или в размерах их страховых сумм или в условиях принятия на страхование, связанных с местом и характером деятельности Застрахованных.

6. Порядок выплаты страхового обеспечения.

- 6.1. Для осуществления выплаты по Полису в соответствии с настоящими Правилами Застрахованный должен представить Страховщику:
- 1)заявление;
 - 2)заключение ВЛЭК об утрате профессиональной трудоспособности;
 - 3)выписку из личной карточки работника, подтверждающую работу Застрахованного в качестве сотрудника Страхователя и дату его рождения;
- Страховщик вправе потребовать дополнительную информацию для решения вопроса о выплате страхового обеспечения.
- 6.2. Застрахованный должен полностью придерживаться следующих процедур, которые являются условиями, предшествующими наступлению ответственности Страховщика по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Полисом и платежей по пункту 6.4 настоящих Правил:
- 1.Сделать заявление Страховщику в письменном виде наиболее быстрым способом и в любом случае не позднее, чем в течение тридцати дней с даты признания непригодности по состоянию здоровья в результате заболевания или несчастного случая. Такое уведомление должно включать все подробности, известные Застрахованному, и документальное доказательство, оформленное соответствующим органом, выдающим Сертификат летной годности. Датой уведомления должна считаться дата, когда такое уведомление было доставлено Страховщику.
 - 2.По запросу Страховщика в случае заболевания или несчастного случая провести независимое медицинское обследование за счет Страховщика. Застрахованный настоящим разрешает Страховщику без возможности отмены своего разрешения получить подробные данные всех медицинских отчетов и карт больного, относящихся к Застрахованному, и получить всю информацию, которую он считает необходимой, от любых врачей и хирургов, которые проводили лечение или консультировали Застрахованного, и от руководства любых стационарных лечебных заведений, в которых подвергался лечению Застрахованный. Застрахованный подпишет все разрешения, требуемые Страховщиком для этих целей.
 - 3.По письменному запросу Страховщика делать официальное заявление относительно истинности любых фактов, относящихся к страховому случаю.
 - 4.Разрешить Страховщику, без возможности отмены своего разрешения, интересоваться мнением Председателя Центральной Врачебно-Летной Экспертной Комиссии (ЦВЛЭК) или его правопреемников или другого органа, выдающего Сертификаты летной годности, относительно вероятности восстановления Застрахованным его Сертификата летной годности. Застрахованный разрешает, без возможности отмены своего разрешения, Председателю ЦВЛЭК сообщить такое мнение Страховщику и в последующем должен предоставлять письменное или иное разрешение, которое может время от времени требоваться. Если Председатель ЦВЛЭК сообщит свое мнение, что Застрахованный вряд ли добьется восстановления летной лицензии, Страховщик должен принять такое мнение в качестве свидетельства в пользу Застрахованного.

5. Разрешить Страховщику, без возможности отмены своего разрешения, получать информацию от врача с функциями должностного лица соответствующего органа, выдающего Сертификаты летной годности.
 6. По требованию Страховщика письменно ответить на вопросы об обстоятельствах, приведших к (или сопутствовавших) наступлению утраты профессиональной трудоспособности.
 7. Известить Страховщика незамедлительно после того, как ему станет известно о возбуждении в любом суде любого дела, затрагивающего интересы сторон по Полису, предоставлять информацию и оказывать всевозможную помощь Страховщику в участии в таком деле.
 8. Подвергаться медицинскому лечению и обследованиям, как того требует Страховщик и за его счет, если, по мнению Страховщика и его медицинских экспертов, такое лечение будет иметь своим вероятным результатом восстановление Сертификата летной годности, и если того требует Страховщик, в дальнейшем проходить переосвидетельствование у врачей ВЛЭК.
- 6.3. Страховщик оставляет за собой право обратиться к своим собственным медицинским экспертам по вопросу оценки непригодности по состоянию здоровья. Кроме того, от Застрахованного может потребоваться пройти обследование у квалифицированного практикующего врача, имеющего опыт в медицинском обследовании летного персонала.
- 6.4. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляются в зависимости от характера произошедшего страхового случая. В любом случае, общая сумма выплат по одному Застрахованному по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превысить определенной договором страховой суммы по этому Застрахованному.
- 6.4.1. В случае постоянной утраты Застрахованным профессиональной трудоспособности:
- для получения необходимой информации, характеризующей произошедшее событие, и принятия решения о выплатах Страховщик устанавливает «Определительный период» сроком 13 недель (если договором не предусмотрено иное) с момента лишения Застрахованного Лицензии;
 - при получении Страховщиком затребованной необходимой информации, характеризующей произошедшее событие как страховой случай, по прошествии; "Определительного периода" Страховщик осуществляет выплату застрахованному страхового обеспечения из расчета 100% страховой суммы следующим образом: в течение первых 52 недель с момента лишения Медицинского Сертификата летной годности выплаты производятся из расчета 0,5% страховой суммы за каждую полную неделю, при этом, единовременная выплата за полные прошедшие Недели "Определительного периода" производится в течение 72 часов с момента его окончания, далее ежемесячно за полные прошедшие недели в срок до 10 числа очередного месяца;
 - по прошествии первых 52 недель с момента лишения Медицинского Сертификата летной годности в случае, если он не восстановлен, Страховщик в течение 7 дней осуществляет полную выплату страховой суммы за вычетом выплат, уже произведенных по данному Полису ранее, при этом, Застрахованный письменно обязуется не подавать без предварительного согласия Страховщика заявление на восстановление Сертификата летной годности в течение 36 месяцев после даты урегулирования заявления и окончательной выплаты страхового обеспечения.
- В случае нарушения указанного требования Застрахованный обязан вернуть полную сумму полученного страхового обеспечения;
- если в течение 13 недель с момента лишения медицинского Сертификата летной годности Сертификат восстановлен, Страховщик выплаты страхового обеспечения не производит;
 - если в течение первых 52 недель с момента лишения Медицинского Сертификата летной годности Сертификат восстановлен, Страховщик прекращает выплаты страхового обеспечения с момента восстановления Лицензии.
- О восстановлении Медицинского Сертификата летной годности Застрахованный обязан известить Страховщика в 7-дневный срок с момента восстановления.
- 6.4.2. В случае временной утраты Застрахованным профессиональной трудоспособности:
- для получения необходимой информации, характеризующей произошедшее событие, и принятия решения о выплатах Страховщик устанавливает "Определительный период" сроком 13 недель (если договором страхования не определено иного) с момента лишения Медицинского Сертификата летной годности;
 - при получении Страховщиком затребованной необходимой информации, характеризующей произошедшее событие как страховой случай, по прошествии

"Определительного периода", Страховщик осуществляет выплату Застрахованному страхового обеспечения из расчета 0,5% страховой суммы за каждую полную Неделю, при этом, единовременная выплата за полные прошедшие недели "Определительного периода" производится в течение 72 часов с момента его окончания, далее - ежемесячно за полные прошедшие недели в срок до 10 числа очередного месяца;

- если при повторном прохождении ВЛЭК Медицинский Сертификат летной годности не восстановлен, и есть заключение такой ВЛЭК о невозможности его восстановления по состоянию здоровья Застрахованного с определением ""Негоден", Страховщик признает такую утрату постоянной и производит расчеты выплат страхового обеспечения как в случае постоянной утраты (пп. 6.4.1.);
- если в течение 13 недель с момента лишения Медицинского Сертификата летной годности Сертификат восстановлен, Страховщик выплату страхового обеспечения не производит;
- если Медицинский Сертификат летной годности восстановлен ранее срока, изначально определенного ВЛЭК, выплаты страхового обеспечения производятся до момента восстановления Медицинского сертификата летной годности.

О восстановлении Медицинского Сертификата летной годности Застрахованный обязан известить Страховщика в 7-дневный срок с момента восстановления.

- если повторное прохождение Застрахованным ВЛЭК происходит в срок более 7 дней с момента завершения (прекращения) им выполнения рекомендаций ВЛЭК, Страховщик не оплачивает страховое обеспечение Застрахованному с момента завершения (прекращения) выполнения рекомендаций до момента повторного прохождения ВЛЭК, кроме случаев, когда Застрахованный предоставляет убедительные документальные доказательства того, что увеличение 7-дневного срока было вызвано независящими от Застрахованного причинами;
- невыполнение, небрежное выполнение Застрахованным рекомендаций, данных ему ВЛЭК, отсутствие документального подтверждения их выполнения, начало выполнения этих рекомендаций в срок, превышающий 7 дней с момента временного лишения Медицинского Сертификата летной годности, самолечение Застрахованного являются основанием для отказа в выплатах страхового обеспечения со стороны Страховщика. При этом, если Застрахованным предоставляются убедительные документальные доказательства того, что невыполнение (небрежное выполнение) вышеуказанных рекомендаций и сроков произошло по независящим от Застрахованного причинам, Страховщик (при прочих условиях, дающих Застрахованному право на страховое обеспечение) признает свои обязательства по страховым выплатам, однако расчеты по ним (в т.ч. Расчет ""определительного периода") производятся с момента документального подтверждения начала выполнения рекомендаций ВЛЭК за вычетом периодов, когда эти рекомендации не выполнялись (небрежно выполнялись).

6.5. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения в случаях любого мошенничества, сокрытия, нераскрытия или неправильного изложения существенных фактов при предъявлении заявления на выплату, а также в случае совершения Застрахованным преступления, находящегося в причинно-следственной связи с утратой профессиональной трудоспособности.

7. Внесение изменений в договор страхования.

7.1. Изменение условий договора страхования производится соглашением сторон в письменной форме в течение пяти дней с момента получения одной стороной заявления другой стороны, которое будет являться неотъемлемой частью Полиса.

7.2. Если одна из сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования, в пятидневный срок решается вопрос о действии Полиса на прежних условиях или о прекращении его действия.

7.3. С момента получения заявления одной из сторон до момента принятия решения, вытекающего из пунктов 7.1. и 7.2 настоящих Правил, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях.

7.4. Никакое изменение условий Полиса не может производиться без предварительного согласия Страховщика на такое изменение.

Все согласованные дополнения и изменения к страховому Полису оформляются в письменной форме.

8. Прекращение действия договора страхования.

8.1. Договор страхования прекращает свое действие:

- 1) по истечении срока действия договора страхования;
- 2) при неуплате Страхователем очередного взноса - с 24 часов 00 минут дня, определенного договором страхования как последний день оплаты взноса;
- 3) в случае ликвидации Страхователя или Страховщика - с даты государственной регистрации;
- 4) прекращением в установленном порядке предпринимательской деятельности Страхователем, застраховавшим по настоящим Правилам риск, связанный с этой деятельностью;
- 5) в случае принятия судом решения о признании договора недействительным;
- 6) при досрочном расторжении договора по инициативе одной из сторон – со дня, следующего за датой, указанной в письменном извещении о факте расторжения. О намерении расторгнуть договор Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя за тридцать календарных дней до предполагаемой даты расторжения (если договором страхования не установлено иное);
- 7) по соглашению сторон - с согласованной даты;
- 8) в других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

В отношении событий, имевших место в период действия договора, ответственность Страховщика прекращается по исполнению обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме.

8.2. Договор страхования может быть возобновлен, если он был прекращен вследствие неуплаты Страхователем очередного страхового взноса. Для возобновления действия договора Страхователь должен уплатить неустойку в размере 10% от всей суммы страховой премии и неуплаченную её часть. Срок действия договора при этом не продлевается. Страховщик не несет ответственности по договору страхования в период с момента его прекращения до момента его возобновления.

8.3. В случае досрочного расторжения договора страхования, если оно не обусловлено невыполнением Страхователем условий договора, Страхователю возвращается часть страховой премии.

8.4. При досрочном расторжении договора, заключенного Страхователем в отношении нескольких Застрахованных, в период действия которого имели место события, которые могут послужить причиной предъявления имущественных требований к Страховщику, он имеет право задержать выплату возвращаемой части страховой премии до окончательного выяснения размера страхового обеспечения.

8.5. Полис заканчивается и прекращает свое действие в отношении каждого Застрахованного в следующих случаях:

- 1) после выплаты 100 % страховой суммы в результате лишения Застрахованного Сертификата летной годности на постоянной основе;
- 2) при достижении возраста, оговоренного в Полисе, если существующее страхование не продлевается на основании предварительного уведомления и с согласия Страховщика;
- 3) прекращения Застрахованным трудовых отношений со Страхователем в том качестве, которое предусматривается его Сертификатом летной годности.

9. Форс-мажор.

9.1. Страховщик освобождается от страховой ответственности, если исполнению договора препятствовало чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях событие – непреодолимая сила (форс-мажор), которая не зависит от воли сторон по договору и относится к явлениям, причинно не связанным с их деятельностью.

9.2. Форс-мажорные обстоятельства определяются действующим законодательством и соглашением сторон на основании представленных доказательств, а в случае недостижения соглашения – в судебном порядке.

10. Порядок разрешения споров.

10.1. Никто (будь то физическое лицо или организация) не имеет право привлекать Страховщика по причине заключения договора страхования (полиса) в соответствии с настоящими Правилами в качестве стороны в судебном процессе, а также иным образом вовлекать Страховщика в судебное разбирательство по вопросам, связанным с возмещением убытков Страхователем, без согласия на то Страховщика.

- 10.2. Споры между Страхователем и Страховщиком по договору страхования разрешаются путем переговоров.
- 10.3. Если переговоры по спорным вопросам не дают результата, то такие споры подлежат рассмотрению в суде, арбитражном суде РФ в порядке, установленном действующим законодательством (если иное не установлено соглашением сторон).

11. Термины

- 11.1. **«Активная работа»** означает, что Застрахованный не только присутствует на своем рабочем месте в предписанный день, но умственно и физически способен выполнять свои обычные обязанности, предусмотренные его летной лицензией/свидетельством.
- 11.2. **«Дата признания непригодности»** является первым днем лишения Застрахованного Медицинского Сертификата летной годности.
- 11.3. **«Медицинский Сертификат летной годности»** означает медицинский сертификат, который имеет Застрахованный в связи с его профессиональной деятельностью.
- 11.4. **«Несчастным случаем»** признается внезапное, непредвиденное кратковременное событие, которое может повлечь за собой травматическое повреждение, увечье или иное нанесение вреда здоровью, происшедшее с Застрахованным во время указанного в Полисе Периода страхования и которое было вызвано непосредственно, исключительно и независимо от любого другого случая насильственными, внешними и видимыми средствами и которое включает заболевание, исключительно и непосредственно вызванное таким несчастным случаем. Несчастный случай также включает результат воздействия любого такого события во время указанного периода действия Полиса, но не включает любое другое заболевание.
- 11.5. **«Предшествующая нетрудоспособность»** означает любое заболевание или несчастный случай по отношению к любой части тела, когда такое заболевание или несчастный случай полностью или частично, прямо или косвенно вызывается, провоцируется или усиливается физическим повреждением, травмой, дистрофическим процессом или слабостью, имевший место до даты начала ответственности Страховщика. По настоящим Правилам считается, что физическое повреждение, травма, дистрофический процесс или слабость имели место до предполагаемой даты начала ответственности Страховщика, если они были диагностированы квалифицированным практикующим врачом до предполагаемой даты начала ответственности Страховщика или в случае, если они не были диагностированы, но по мнению квалифицированного практикующего врача, можно было бы обоснованно ожидать, что Застрахованный знал о наличии вышеуказанных явлений на предполагаемую дату начала ответственности Страховщика.

* * *