

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом АО «Баланс Страхование»
от «11» октября 2024 г. № 62 о/д

Генеральный директор
АО «Баланс Страхование»

п/п

Д.А. Карпов

М.П.

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ОПЕРАТОРОВ ПО
ПЕРЕВОДУ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ –
ЭМИТЕНТОВ БАНКОВСКИХ КАРТ

Москва, 2024 г.

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	5
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	5
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	5
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.....	7
6. СТРАХОВАЯ СУММА И ФРАНШИЗА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ	7
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ	8
8. СРОК СТРАХОВАНИЯ.....	10
9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ – ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ.....	10
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	14
11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ УБЫТКОВ (УЩЕРБА)	16
12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ	18
13. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.....	19
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	20

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. Настоящие «Правила страхования ответственности операторов по переводу денежных средств - эмитентов банковских карт» (далее – Правила, Правила страхования) определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров добровольного страхования имущественных интересов, связанных с осуществлением деятельности по переводу денежных средств юридическими лицами – эмитентами банковских карт, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе осуществлять перевод денежных средств, как на территории Российской Федерации, так и иной территории по всему миру, по следующим видам добровольного страхования:

- страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам;
- страхование финансовых рисков.

1.2. Если в договоре страхования прямо указано на применение настоящих Правил, то условия, содержащиеся в настоящих Правилах, и не включенные в текст договора страхования, становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными как для Страхователя, так и для Страховщика.

1.3. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Правил, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между положениями договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.4. Используемые в настоящих Правилах термины означают:

Неправомерное использование – использование Поддельных, Подложных и Утраченных банковских карт лицом иным (Третьим лицом), чем Клиент, а также без его ведома.

Перевод денежных средств:

- получение денежных средств в валюте Российской Федерации или в иностранной валюте или получение иного письменного распоряжения на выплату определенной денежной суммы Страхователем или его представителем либо любой финансовой организацией, действующей по поручению Страхователя;
- получение денежных средств в валюте Российской Федерации или в иностранной валюте в **Банкомате**;
- оплата товаров, работ или услуг в случаях, когда платежи проводятся через **торговый расчетный терминал (POS терминал)**.
- оплата товаров, работ или услуг в случаях, когда платежи проводятся с использованием информации, содержащейся на Банковской карте, включая оплату в сети Интернет.

Претензия это:

Получение уведомления Страхователем от Клиента о несогласии с Переводом денежных средств.

Банковская карта – персонифицированный носитель информации, эмитируемый Страхователем, выдаваемый Клиенту, на имя которого выпущена Банковская карта для распоряжения суммой средств, внесенных Клиентом на свой счет для оплаты товаров и услуг в границах этой суммы или кредита сверх внесенной суммы. Банковская карта является собственностью Страхователя, переданной во временное пользование Клиенту.

Поддельная карта – Банковская карта, на магнитной полосе (в микропроцессоре) которой содержится ложная информация о Страхователе и / или Клиенте.

Подложная карта - банковская карта, якобы выпущенная Страхователем и содержащая все её реквизиты, но:

- Страхователь в действительности не санкционировал её печать и/или тиснение на ней;
- которая хотя и выпущена должным образом изначально, но затем была мошеннически изменена без ведома Страхователя.

К подложной карте также относится информация о банковской карте, выпущенной Страхователем, полученная Третьими лицами незаконным способом, а именно информация, содержащаяся на лицевой стороне Банковской карты, на магнитной полосе или в памяти микропроцессора карты.

Утраченная карта – Банковская карта, утраченная Клиентом вследствие:

- а) утери;
- б) кражи, грабежа, разбоя;
- в) случайных механических, термических повреждений, размагничивания;
- г) неисправной работы банкомата.

Клиент – лицо, открывшее у Страхователя банковский счет для проведения Переводов денежных средств с использованием Банковской карты.

Торговый расчетный терминал (POS терминал) – устройство, считывающее закодированную информацию с магнитной полосы (микропроцессора) Банковской карты, связанное с компьютерной системой Страхователя или с компьютерной сетью, к которой подключен Страхователь, с целью фиксирования информации о Переводах денежных средств, производимых при помощи Банковской карты.

«Банкомат» – автоматическое (без участия уполномоченного лица кредитной организации, или банковского платежного агента, или банковского платежного субагента) устройство для осуществления расчетов, обеспечивающее возможность выдачи и (или) приема наличных денежных средств, в том числе с использованием электронных средств платежа, и по передаче распоряжений кредитной организации об осуществлении перевода денежных средств.

«Третьи лица» – любые физические или юридические лица за исключением: **Клиента; Работников** Страхователя.

Уведомление – уведомление Страхователем Клиента, направленное в порядке и способами, предусмотренными законодательством РФ, утвержденными Страхователем правилами использования банковских карт и/или договором, заключенным между Страхователем и Клиентом, о произведенном Страхователем Переводе денежных средств.

Работник - любое физическое лицо, являющееся в прошлом, настоящем или будущем работником Страхователя, нанятым Страхователем для участия в его обычной деятельности, которому Страхователь выплачивает вознаграждение в виде заработной платы, и в отношении которого имеет право управления выполнением таким лицом своих обязанностей. Понятие Работник включает любых постоянных, совмещающих, сезонных и временных работников.

Расходы на защиту означают - любые обоснованные расходы, необходимые для защиты интересов Страхователя и понесенные с предварительного письменного согласия Страховщика (включая судебные издержки, транспортные расходы, расходы на проживание, расходы на перевод, расходы, связанные с обжалованием судебных решений, обеспечением иска или применением любых аналогичных мер) в связи с защитой от и (или) обжалованием (оспариванием) любой Претензии, но исключая заработную плату Работников Страхователя.

Расходы на защиту также включают в себя любые обоснованные расходы на оплату услуг специалистов и издержки на экспертов, привлеченных представителем защиты, одобренных Страховщиком (в предоставлении такого одобрения не может быть необоснованно отказано или его предоставление не может быть необоснованно задержано). Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства Российской Федерации и нормативно-правовых актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщиком по договору страхования является АО «Баланс Страхование», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке и зарегистрированное в г. Москве. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы и иные обособленные подразделения, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица) на основании соответствующих договоров 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 АО «Баланс Страхование» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: <http://balance-ins.ru>.

Официальный Сайт Страховщика также 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.

2.2. Страхователями в соответствии с настоящими Правилами могут быть юридические лица, признанные в соответствие с Федеральным законом «О банках и банковской деятельности» кредитными организациями и осуществляющие эмиссию Банковских карт.

2.3. Договор страхования считается заключенным в пользу Клиентов Страхователя, которым может быть причинен вред вследствие осуществления Страхователем деятельности, указанной в договоре страхования, а в части страхования Расходов на защиту – в пользу Страхователя (далее - Выгодоприобретатели).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования в соответствии с настоящими Правилами являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности Страхователя за причинение вреда Клиентам вследствие осуществления Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использования Банковских карт, по которым Клиентами Страхователя предъявлены Претензии Страхователю.

Объектом страхования по настоящим Правилам также могут являться имущественные интересы Страхователя, связанные с риском несения согласованных со Страховщиком Расходов на защиту, которые Страхователь должен будет понести в связи с предъявлением ему Претензий о возмещении вреда, потенциально подлежащего возмещению по настоящим Правилам.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности наступления.

В рамках настоящих Правил страховым риском является предполагаемое наступление ответственности Страхователя по возмещению вреда, причиненного Клиентам Страхователя вследствие совершения Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использования Банковской карты, в связи с осуществлением, которого Клиентом Страхователю предъявлена Претензия.

4.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является:

4.2.1. Наступление ответственности Страхователя по возмещению вреда, причиненного Клиентам Страхователя вследствие совершения Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использования Банковской карты, в связи с осуществлением, которого Клиентом Страхователю была предъявлена Претензия.

Моментом наступления страхового случая является момент времени, когда Клиентом Страхователю была впервые предъявлена Претензия.

Указанный в п.4.2.1 Правил страховой случай считается наступившим при условии соблюдения совокупности всех нижеуказанных условий:

- Перевод денежных средств в результате Неправомерного использования Банковской карты был осуществлен Страхователем в течение периода страхования;
- Претензия Страхователю в связи с Переводом денежных средств была предъявлена в течение периода страхования и о ее наличии Страховщик в соответствии с условиями договора страхования был письменно уведомлен в течение периода страхования;
- Обязанность по возмещению вреда установлена вступившим в законную силу решением суда, определением об утверждении мирового соглашения, заключенным с письменного согласия Страховщика, либо на основании заявленной Клиентом Претензии, добровольно признанной Страхователем с письменного согласия Страховщика;
- Имевшее место событие не подпадает ни под одно из исключений из страхового покрытия, перечисленных в настоящих Правилах и (или) договоре страхования.

Если сторонами в договоре страхования специально не оговорено иное, то одним страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами считается одно или несколько последовательных Неправомерных использований, состоявшихся за временной период, равный 3 (трём) календарным дням, и приведших к Переводу денежных средств с одного счета Клиента, открытого для проведения расчетов с использованием Банковской карты, в результате совершения операций с использованием одной Банковской карты.

4.2.2. В случае, если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами может также являться возникновение непредвиденных расходов Страхователя в виде Расходов на защиту, которые Страхователь должен будет произвести в связи с отказом, предварительно согласованным со Страховщиком, от возмещения в добровольном (досудебном) порядке вреда, причиненного Клиентам, по предъявленным ему Претензиям по событиям, обладающим признаками, указанными в пункте 4.2.1. настоящих Правил.

Страховой случай по несению Расходов на защиту (п. 4.2.2 настоящих Правил) будет считаться наступившим при условии, что:

- такие расходы относятся к расходам, указанным в перечне Расходов на защиту в соответствии с настоящими Правилами и (или) договором страхования;
- такие расходы обоснованы, необходимы для защиты интересов Страхователя и письменно согласованы со Страховщиком в порядке, определенном договором страхования.
 - Никакие Расходы на защиту не должны оплачиваться без согласия Страховщика и если такое согласие им дается, то Страховщик оплачивает подобные расходы в пределах лимита ответственности, предусмотренного договором страхования.

4.3. Претензии считаются предъявленными с момента получения письменного уведомления о них Страховщиком от Страхователя.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. Не являются страховыми случаями и не подлежат возмещению события/расходы/убытки, которые наступили вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения имущества по распоряжению государственных органов.
- причинения убытков (вреда), если такие убытки (вред) подлежат возмещению в соответствии с законом о соответствующем виде обязательного страхования.
- нарушения Клиентом правил использования Банковской карты либо требований иного аналогичного документа, следствием чего стало Неправомерное использование Банковской карты и осуществление Страхователем Перевода денежных средств.
- штрафы, пени в связи со страховым случаем;
- начисления процентов за пользование денежными средствами по кредитному договору - комиссии, уплачиваемые Страхователем в связи с осуществлением Перевода денежных средств;
- расходы, связанные с конвертацией валюты в размере, превышающем официальный курс ЦБ РФ;
- умышленных действий Клиента при использовании Банковской карты;

5.2. Если иного не предусмотрено договором страхования, не являются также страховыми случаями и не покрываются события/расходы/убытки:

- вследствие Перевода денежных средств, Претензия по которому предъявлена Страхователю позднее дня, следующего за днем получения Клиентом от Страхователя уведомления о Переводе денежных средств;
- вследствие Претензии по Переводу денежных средств, о котором Страхователь не уведомил Клиента;
- возникающие или связанные с нечестностью, мошенническим или преступным действием, бездействием или упущением Работника Страхователя;
- возникшие по вине процессинговых компаний, банков-корреспондентов или спонсируемых банков;
- по оспариванию/опротестованию операций (chargeback) в рамках платежной системы VISA и MasterCard, расходы по блокировке карточек, стоимость публикации информации в стоп-листах, суммы вознаграждений за изъятие карт, другие расходы и штрафы, которые могут быть предусмотрены правилами международных платежных систем Visa и MasterCard.

5.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные исключения из страхового покрытия

6. СТРАХОВАЯ СУММА И ФРАНШИЗА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. Размер страховой суммы определяется соглашением сторон договора страхования.

6.3. Договором страхования могут быть установлены лимиты (сублимиты) ответственности (дополнительные страховые суммы), ограничивающие размер страховых выплат.

6.4. В договоре страхования по усмотрению сторон могут определяться:

- а) агрегатный лимит ответственности – устанавливается по совокупности страховых случаев, которые могут наступить в течение периода страхования;
- б) подлимиты ответственности - могут устанавливаться в отношении:
 - отдельных видов Банковских карт;
 - каждой Претензии;
 - по каждому страховому случаю;
 - Расходов на защиту.

Общая сумма выплат Страховщика не может превысить установленного агрегатного лимита ответственности.

Агрегатный лимит ответственности уменьшается на сумму произведенной Страховщиком страховой выплаты по каждому страховому случаю.

Страхователь вправе восстановить агрегатный лимит ответственности до величины, установленной при заключении договора страхования, при доплате дополнительной страховой премии.

6.5. В договоре страхования стороны могут указать размер некомпенсируемого Страховщиком убытка - франшизу, освобождающую Страховщика от возмещения убытков, не превышающих определенный размер.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с настоящими Правилами в договоре страхования может устанавливаться:

условная франшиза¹ или безусловная (вычитаемая) франшиза, при указании которой во всех случаях возмещается ущерб за вычетом суммы франшизы.

При этом, договором страхования может быть предусмотрено применение франшизы как по совокупности страховых случаев (агрегатная франшиза), так и по каждому отдельному страховому случаю. Франшиза может устанавливаться в денежном эквиваленте или в процентах от страховой суммы и (или) лимита ответственности. Выбор Страхователем франшизы и ее размер указываются в договоре страхования.

Если договором не определен вид франшизы, предполагается, что франшиза является безусловной и применяется при расчете страхового возмещения по каждому страховому случаю.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

7.2. Страховой тариф представляет собой ставку 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

¹ Если размер ущерба, вызванного наступлением страхового случая, не превышает суммы франшизы, страховая выплата не производится, в противном случае – сумма страхового возмещения выплачивается полностью, без учета предусмотренного договором размера франшизы.

с условиями страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска. Коэффициенты риска устанавливаются в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер страхового возмещения (затрат страховщика).

7.3. При определении размера страховой премии Страховщик применяет действующие на дату заключения договора страхования базовые страховые тарифы. Страховщик вправе при расчете размера страховой премии использовать понижающие и повышающие коэффициенты к базовым тарифам, зависящим от объекта страхования и страхового риска, в том числе от результата предыдущего страхования, определяемые путем экспертной оценки.

7.4. Размер страховой премии устанавливается отдельно по риску наступления ответственности по возмещению вреда, причиненного Клиентам Страхователя вследствие совершения Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использования Банковских карт, а также по риску несения Расходов на защиту.

7.5. Страховая премия (страховые взносы) 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.

7.6. Если иного порядка уплаты страховой премии не установлено в договоре страхования, страховая премия уплачивается единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами):

- при безналичной форме уплаты перечислением на расчетный счет Страховщика в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания договора страхования, если иного не предусмотрено Договором страхования;
- наличными деньгами Страховщику при заключении договора.

При уплате страховой премии рассроченным платежом в договоре страхования стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей.

7.7. При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается (подлежит взиманию, удержанию при досрочном расторжении договора страхования, если самим договором страхования и (или) настоящими Правилами не предусмотрено иного порядка оплаты или возврата премии) в следующем проценте от ее годового размера:

Срок страхования	Процент от страховой премии
1 месяц	20 %
2 месяца	30 %
3 месяца	40 %
4 месяца	50 %
5 месяцев	60 %
6 месяцев	70 %
7 месяцев	75 %
8 месяцев	80 %
9 месяцев	85 %
10 месяцев	90 %
11 месяцев	95 %

7.8. В случае если в период действия договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие уменьшение страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по договору страхования и определить условия и порядок возврата части уплаченной страховой премии.

К обстоятельствам, влекущим изменение степени риска, относятся в том числе обстоятельства, указанные Страхователем в заявлении - вопросе, являющемся неотъемлемой частью договора страхования.

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

7.10. Расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования может заключаться на срок в один год (годовой договор), на срок менее года (краткосрочный договор) или на срок более года (долгосрочный договор).

8.2. Срок действия договора страхования может быть продлен на следующий период на условиях предыдущего договора путем заключения сторонами дополнительного соглашения к договору страхования. При этом Страховщик вправе предложить Страхователю условия страхования, отличные от предусмотренных истекшим договором.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ – ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ

9.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая на условиях и в пределах, установленных таким соглашением (договором), произвести страховую выплату лицу, имеющему в соответствии с настоящими Правилами и (или) договором страхования право на ее получение в пределах страховой суммы (лимита ответственности), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором сроки.

9.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

9.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить в Заявлении Страховщику, которое является неотъемлемой частью договора страхования, известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику.

9.4. Оформление Договора страхования:

9.4.1 Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного Заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

9.4.2 Подписывая/заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и

(или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, 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 Страхователя, 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 о заключении договора страхования 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 Страхователя относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от государственных органов и органов местного самоуправления и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая.

9.4.3 Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет ему один раз бесплатно копии действующего Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (правил страхования, и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению.

9.4.4 При заключении Договора страхования Страховщик должен согласовать со Страхователем способы взаимодействия, которые будут использоваться Страховщиком для предоставления информации Страхователю (Выгодоприобретателю).

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 <http://balance-ins.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.

9.4.5 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 при расторжении или досрочном прекращении 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 правил страхования, на основании которых произведен расчет.

9.4.6 Если в Договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то в Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

9.5. Вступление в силу договора страхования.

9.5.1. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или ее первого страхового взноса, если иное не предусмотрено договором страхования.

По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса), при неуплате страховой премии (первого страхового взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный в договоре страхования как дата уплаты страховой премии (первого страхового взноса), договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

9.5.2. Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, в случае неуплаты страховой премии или первого страхового взноса или их уплаты не в полном объеме в течение 10 (десяти) дней с даты, установленной в договоре страхования как дата уплаты страховой премии или ее первого страхового взноса, страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив страхователю письменное уведомление.

При наступлении страхового случая до даты, установленной в договоре для оплаты страховой премии (первого страхового взноса), Страховщик вправе потребовать уплаты страховой премии или первого страхового взноса досрочно.

Если договор страхования не вступил в силу на момент возникновения у страховщика права прекратить договор страхования в установленном настоящим пунктом порядке, договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

9.5.3. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме в течение 10 (десяти) дней с даты, установленной в договоре страхования как дата его уплаты, Страховщик вправе прекратить договор в одностороннем порядке, направив страхователю письменное уведомление.

Договором могут предусматриваться иные последствия неуплаты очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений по почтовому адресу и/или адресу электронной почты, указанному в договоре страхования, или иным способом связи, о котором между сторонами достигнута договоренность.

9.5.4. Моментом прекращения договора в предусмотренном п.п. 9.5.2 и 9.5.3 настоящих Правил порядке является:

- дата, установленная в договоре страхования для уплаты страховой премии (страхового взноса), если уведомление о прекращении договора направлено Страховщиком не позднее 45 дней с даты, установленной для уплаты страховой премии (страхового взноса);
- дата направления уведомления, если такое уведомление о прекращении договора направлено Страховщиком позднее 45 дней с даты, установленной для уплаты страховой премии (страхового взноса).

Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату в отношении страховых случаев, произошедших с определенного в соответствии с условиями настоящего пункта момента прекращения договора страхования.

9.5.5. При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным п.п. 9.5.3 и 9.5.4 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

9.5.6. Иные последствия неуплаты страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме могут быть установлены договором страхования.

9.6. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом.
- ликвидации Страховщика (за исключением случаев передачи страхового портфеля в соответствии с законодательством Российской Федерации);
- прекращения действия договора страхования по решению суда.

9.7. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе, если у Страхователя отозвана лицензия на осуществление банковских операций.

9.8. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, Правилами страхования и (или) условиями договора страхования, либо по

взаимному соглашению сторон.

9.9. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время.

9.10. При досрочном прекращении страхования по требованию Страхователя страховая премия не подлежит возврату, а если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, то Страховщик должен полностью вернуть Страхователю внесенную тем страховую премию.

9.11. При досрочном прекращении страхования по требованию Страховщика, а также, если прекращение страхования не связано с невыполнением Страхователем Правил страхования Страховщик должен вернуть часть страховой премии за неистекший срок договора страхования за вычетом понесенных расходов. Если расторжение договора страхования обусловлено нарушением Страховщиком условий страхования, страховая премия возвращается Страхователю полностью.

Если договор расторгается любой из сторон в одностороннем порядке, то ответственность Страховщика (действие страхования) прекращается с даты получения другой стороной письменного уведомления о расторжении (по адресу, указанному в договоре страхования), либо с иной, более поздней даты, указанной в таком уведомлении. Данное правило не применяется для случаев, в отношении которых настоящими Правилами предусмотрена иная дата прекращения, например, в связи с неуплатой очередного страхового взноса.

9.12. Иные условия, оговорки и особые условия, включаемые в договор (полис), не должны расширять (увеличивать) объемы ответственности и страхового покрытия Страховщика, установленные настоящими Правилами страхования.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

- а) по требованию Страхователя, Выгодоприобретателя разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования, расчеты страховой выплаты;
- б)
- в) не разглашать полученные им в результате своей деятельности сведения о Страхователе.
- г) по письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения запроса, 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 Страхователя (Выгодоприобретателя), 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.

10.2. Страхователь обязан:

- а) в период действия договора страхования:
 - незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
 - неукоснительно соблюдать правила платежной системы;
 - осуществлять перевод денежных средств только на основании Распоряжения Клиента;

- не предпринимать каких-либо действий или допускать упущений, которые могут нанести ущерб Страховщику;
- обеспечивать возможность ознакомления Клиентам в доступной для них форме с условиями осуществления Перевода денежных средств, в том числе, с порядком предъявления претензий и направления Уведомлений;
- незамедлительно, но в любом случае не позднее сроков, установленных правилами использования Банковских карт, договором, заключенным между Клиентом и Страхователем либо правилами платежной системы, информировать Клиента о совершении каждого перевода денежных средств;
 - б) при предъявлении Претензии:
- в течение одного рабочего дня с момента получения Претензии Клиента обратиться в правоохранительные органы с заявлением по факту произошедшего события;
- информировать Страховщика о получении Претензии в установленные настоящими Правилами и/или договором страхования сроки;
- по письменному запросу Страховщика предоставлять ему всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размере причиненного вреда;
- принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки;
- при предъявлении суброгационного и (или) регрессного требования Страховщиком к лицу, не являющемуся стороной по договору страхования и ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования, подготовить и передать Страховщику все необходимые документы и права для обеспечения таких прав.
- в случае, если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов как Страховщика, так и Страхователя в связи с предполагаемым страховым случаем – выдать доверенность или иные необходимые документы для защиты таких интересов указанным Страховщиком лицам. Страховщик имеет право, но не обязан представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Застрахованных лиц в связи с предполагаемым страховым случаем;

10.3. Страховщик вправе:

- а) потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения;
- б) при уведомлении об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, а если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, потребовать расторжения договора страхования в одностороннем порядке путем направления соответствующего уведомления;
- в) требовать от Страхователя передачи Страховщику всех прав требования возмещения от ответственного за причиненные убытки лица, которое не является стороной по договору страхования, в сумме, не превышающей размер страхового возмещения;
- г) по поручению Страхователя представлять его интересы, в т.ч. в суде, при предъявлении к Претензий;

10.4. Стороны договора должны соблюдать следующие требования к направляемым друг к другу уведомлениям:

- любое уведомление или согласие, направляемые в соответствии с договором, должно быть выполнено в письменной форме и доставляться лично, либо путем prepaid почтового (с уведомлением о вручении) или курьерского отправления, либо по факсимильной или телексной связи;

- уведомление считается отправленным и полученным в час персональной доставки, либо отправки по факсу/телексу, либо в час, следующий за часом уведомления о вручении при отправке сообщения курьером или по почте;
- адреса отправления по почте должны быть указаны в договоре (полисе), а если Страхователь или Страховщик изменяют свой адрес, они должны направить соответствующее письменное уведомление другой стороне по договору.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ УБЫТКОВ (УЩЕРБА)

11.1. Основанием для выполнения Страховщиком обязательств по осуществлению страховой выплаты является признание судом либо Страхователем по согласованию со Страховщиком факта наступления страхового случая.

11.2. При отсутствии спора между Страховщиком, Страхователем, Клиентом о том, имел ли место страховой случай, о размере подлежащего возмещению вреда, наличия у Клиента права на получение возмещения причиненного вреда и обязанности Страхователя его возместить, страховой случай может быть урегулирован во внесудебном порядке.

В этом случае признание случая страховым и определение размера страховой выплаты производится Страховщиком на основании документов, подтверждающих факт, обстоятельства и последствия причинения вреда, а также размер подлежащих возмещению убытков.

11.3. Документы, предоставляемые Страховщику, должны быть составлены на русском языке. Если документы составлены на ином языке, то Страховщик может потребовать представления нотариально-заверенного перевода таких документов.

11.4. При обращении за страховой выплатой Страховщику должны быть предоставлены следующие, надлежаще оформленные, документы:

- заявление Клиента на открытие счета и выпуск Банковской карты, а также заключенный между Клиентом и Страхователем договор;
- карты с образцами подписей Клиента, при их наличии;
- Претензия;
- выписка со счета Клиента, открытого для проведения расчетов с использованием Банковской карты, и информация по авторизационным запросам (в случае ее наличия) за весь месяц, в течение которого были произведены Неправомерные использования Банковской карты;
- копия сообщения в Платежную систему о факте мошеннической операции и сообщения о помещении карты в Стоп-лист;
- копия банкоматных / терминальных лент, при наличии таковых и / или копии слипов / чеков / документов электронной коммерции, предоставленных Банками эквайерами / Платежной системой;
- заключение отдела безопасности Страхователя или иной аналогичной службы по факту предъявления Претензии;
- заявление Клиента либо Страхователя в следственные органы или органы дознания по факту Неправомерного использования Банковской карты, если иного не предусмотрено договором страхования;
- документы, подтверждающие уведомление Клиента о Переводе денежных средств.

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/ единый срок урегулирования требования о страховой выплате начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

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

11.5. Сумма страхового возмещения определяется на основании представленных Страховщику документов, подтверждающих размер ущерба, понесенного Клиентом, в пределах страховых сумм (лимитов ответственности), с учетом франшиз, установленных договором страхования, а также сумм, полученных Клиентом от лиц, виновных в Неправомерном использовании Банковской карты, за исключением собственного удержания Клиента, предусмотренного договором, заключенным между ним и Страхователем либо правилами международных платежных систем.

11.6. Сумма страхового возмещения, подлежащего выплате по договору страхования в связи со страховым случаем, включает:

- сумму реального ущерба, возникшего у Клиента в связи с осуществлением Страхователем Перевода денежных средств без его согласия в связи с Неправомерным использованием Третьими лицами Банковской карты при Переводе денежных средств.

11.7. Расходы Страхователя, произведенные в целях уменьшения убытков, если такие расходы были произведены для выполнения указаний Страховщика, должны быть возмещены Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

11.8. Если это прямо предусмотрено договором страхования, Страховщик возмещает Страхователю Расходы на защиту.

11.9. Порядок приема документов на страховую выплату.

11.9.1. При личном обращении Страхователя Страховщик принимает документы на выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Страхователем с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

11.9.2. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования 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.

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

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом 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 с даты получения заявления о страховой выплате.

11.10. После получения уведомления от Страхователя (Выгодоприобретателя) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) Страховщик обязан проинформировать его:

обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь (Выгодоприобретатель) должен предпринять, обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, о сроках проведения указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

11.11. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, Страховщик обязан предоставить информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

12.1. Страхователь после того, как ему стало известно о предъявлении ему Претензии обязан незамедлительно и в любом случае в срок, не позднее 3 (трех) суток с даты, как об этом стало ему известно, уведомить об этом Страховщика (его представителя). Сторонами в договоре страхования может быть предусмотрен иной порядок уведомления о предъявленных Страхователю Претензиях.

Уведомление считается предъявленным в течение периода страхования или если оно получено Страховщиком в срок не позже даты окончания действия договора страхования или в случае, если при окончании действия договора страхования в выходной день (субботу, воскресенье или государственный праздник), получено в первый рабочий день после даты окончания действия договора страхования.

12.2. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса.

12.3. Срок урегулирования Страховщиком требования о страховой выплате (срок для осуществления страховой выплаты или направления Страхователю (Выгодоприобретателю) уведомления об отсутствии оснований для страховой выплаты) составляет 20 (двадцать) рабочих дней от даты подачи Страхователем (Выгодоприобретателем) заявления о выплате с приложением всех необходимых документов, предусмотренных п. 11.4. настоящих Правил.

12.4. Страховое возмещение в зависимости от условий договора выплачивается:

а) в части причинения вреда:

- Клиентам;
- Страхователю после удовлетворения им предъявленной к нему Претензии за счет собственных средств;

б) в части расходов на защиту:

- адвокатам и судебным органам;
- Страхователю после оплаты им таких расходов, если иного порядка оплаты расходов не предусмотрено договором страхования или отдельным соглашением со Страховщиком.

12.5. Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения в случае, если:

- у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер ущерба - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;
- компетентными органами по факту причинения вреда возбуждено уголовное дело по подозрению в умышленном (с прямым или косвенным умыслом) причинении вреда и ведется расследование – до прекращения уголовного дела по основаниям, не связанным с признанием подследственным своей вины (деятельное раскаяние и др.) или вынесения приговора судом. Данное положение, однако, не применяется в случае, если решение суда не влияет на решение Страховщика о признании события страховым случаем и на определение размера страхового возмещения.
- страхователь не предоставил документы и информацию, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер выплаты, указанные в настоящих Правилах, и/или препятствовал Страховщику в выяснении обстоятельств события причинения вреда и/или защите имущественных интересов Страхователя, право на которое предусмотрено настоящими Правилами, в результате чего Страховщик был лишен возможности принять решение о признании события страховым случаем или отказе в выплате – до предоставления таких документов и сведений;

12.6. Страховщик вправе на основании предъявленной Страхователю Претензии провести самостоятельное расследование с целью определения истинного размера вреда, причиненного Клиентам и других обстоятельств причиненного Страхователем убытка (вреда).

12.7. Если Страхователь или Выгодоприобретатель (Клиент) получил возмещение убытка от третьих лиц, АО «Баланс Страхование» выплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Страхователь обязан немедленно известить Страховщика о получении таких сумм.

12.8. Страхователь или Выгодоприобретатель (Клиент) обязан возратить Страховщику полученное страховое возмещение (или его соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя (Клиента) права на страховое возмещение.

13. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

13.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если:

- о наступлении страхового случая Страховщик не был извещен в сроки, обусловленные в договоре страхования, 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;
- убытки возникли вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;
- страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Клиента или Работника.

13.2. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в судебном порядке.

13.3. Страховщик по письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) в срок, не превышающий 30 (тридцать) дней с момента получения такого запроса, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в страховой выплате, бесплатно один раз по каждому событию (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных

противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты).

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры по договорам страхования между АО «Баланс Страхование» и Страхователем (Выгодоприобретателем) разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Если иное не установлено соглашением сторон, споры из договоров страхования, заключенных в соответствии с настоящими Правилами, передаются на рассмотрение Арбитражного суда г. Москвы.

14.2. В связи с тем, что АО «Баланс Страхование» включено в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, в дополнение к порядку урегулирования споров, указанному в п.14.1 настоящих Правил, 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 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» № 123-ФЗ от 04.06.2018 (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.

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.

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 соглашение, 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.

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 ста восьмидесяти дней;
- в течение 30 (Тридцати) 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 настоящем пункте Правил.

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.

14.3. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает своё согласие с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных соответствующих физических лиц - Субъектов персональных данных (далее – Субъект). В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», Субъект дает свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие («Согласие») Акционерному обществу «Баланс страхование» (далее – Оператор) (ОГРН 1027739428221, ИНН 7707050464); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Москва, Старопетровский проезд, д.11, корп.1, пом. 4,5, на обработку персональных данных в соответствии с целями, обозначенными в настоящем документе.

Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: <http://balance-ins.ru>, Субъект ознакомлен.

Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, а так же иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности/целесообразности заключения договоров страхования с Оператором и его партнерами, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия договоров страхования, а также обновленные или дополненные персональные данные из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок/введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Настоящим Согласием Субъект разрешает Оператору передачу персональных данных следующим лицам: аффилированным с Оператором лицам, а также связанных с Оператором договорными отношениями лицами (контрагенты), именуемым далее - «Партнеры», Реестр которых опубликован в свободном доступе на сайте Оператора по адресу: <http://balance-ins.ru>, для обработки в следующих целях:

- для заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов;

- для направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

- для предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

- для маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров, на рынке, в т.ч. путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи;

- для обновления или дополнения персональных данных сведениями из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных или электронных). Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных.

Персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между Субъектом и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия, в целях продвижения услуг Оператора и Партнеров, на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи, в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Субъект подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Субъекту разъяснено, что при отзыве согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

Страхователь также гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и Партнерам Оператора, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения договоров с Оператором и Партнерами Оператора, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров. Субъект обязуется по требованию Оператора в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Приложение № 1
к Правилам страхования ответственности операторов
по переводу денежных средств - эмитентов банковских карт

«__» _____ года

Москва, Россия

ПОЛИС
ПО СТРАХОВАНИЮ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ОПЕРАТОРОВ ПО ПЕРЕВОДУ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ –
ЭМИТЕНТОВ БАНКОВСКИХ КАРТ

ОБЪЕКТЫ И УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Следующие объекты, условия и формы страхования составляют неотъемлемую часть настоящего страхового полиса:

НОМЕР ПОЛИСА: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

СТРАХОВЩИК: **АО «Баланс страхование»**
Россия, 125130, г. Москва,
проезд Старопетровский, д. 11, корп. 1, пом.4,5.

ПЕРИОД
СТРАХОВАНИЯ

(срок действия Полиса): с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года (обе даты включительно, всего 365 дней).

УСЛОВИЯ
СТРАХОВАНИЯ:

«Правила страхования ответственности операторов по переводу денежных средств – эмитентов банковских карт» АО «Баланс страхование» № _____ от _____ 20__ (далее - Правила страхования).

Лицензия ЦБ РФ СИ № 2708 от 18.05.2023 года.

Указанные в настоящем пункте Правила страхования прилагаются к настоящему Полису и являются его неотъемлемой частью.

Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования, ознакомлен с ними и обязуется их выполнять.

ОБЪЕКТ
СТРАХОВАНИЯ:

Имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности Страхователя за причинение вреда Клиентам вследствие осуществления Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использования Банковских карт, по которым Клиентами Страхователя предъявлены Претензии Страхователю. (По

соглашению сторон в договор может быть включено условие о страховании имущественных интересов, связанных с несением согласованных со Страховщиком Расходов на защиту. В этом случае в Полис добавляется следующий текст: Имущественные интересы Страхователя, связанные с риском несения согласованных со Страховщиком Расходов на защиту, которые Страхователь должен будет понести в связи с предъявлением ему Претензий о возмещении вреда, потенциально подлежащего возмещению по настоящему Полису).

**СТРАХОВАЯ
СУММА:**

Страховая сумма по настоящему Полису составляет:
- _____ (_____) по всем страховым случаям за весь период страхования по настоящему Полису (агрегатный лимит ответственности)/ _____ (_____) по каждому страховому случаю.

(по соглашению сторон в договоре может быть указан иной лимит ответственности, предусмотренный Правилами).

**СТРАХОВЫЕ
СЛУЧАИ:**

Предусмотренные Правилами страхования случаи наступления ответственности Страхователя по возмещению вреда, причиненного Клиентам Страхователя вследствие совершения Страхователем Перевода денежных средств в результате Неправомерного использованием Банковской карты, в связи с осуществлением, которого Клиентом Страхователю была предъявлена Претензия. Указанный страховой случай считается наступившим при условии соблюдения совокупности всех условий, предусмотренных в п. 4.2.1 Правил страхования.

(Страховым случаем также является возникновение непредвиденных расходов Страхователя в виде Расходов на защиту, которые Страхователь должен будет произвести в связи с отказом, предварительно согласованным со Страховщиком, от возмещения в добровольном (досудебном) порядке вреда, причиненного Клиентам, по предъявленным ему Претензиям по событиям, обладающим признаками, указанными в пункте 4.2.1 Правил страхования.

Страховой случай по несению Расходов на защиту будет считаться наступившим при условии соблюдения всех условий, содержащихся в п.4.2.2 Правил страхования.

Расходы на защиту возмещаются в пределах до ____ (_____) процентов от установленных выше страховых сумм (лимитов ответственности) и являются частью этих страховых сумм (лимитов ответственности).

Все Расходы на защиту должны быть в обязательном порядке предварительно согласованы со Страховщиком. Страховщик обязан в письменной форме одобрить либо отказать в одобрении Расходов на защиту не позднее __ (____) рабочих дней с момента обращения к нему Страхователя с соответствующим запросом. В случае, если в указанный срок Страхователь не получит от Страховщика отказ от одобрения, указанные Расходы на защиту будут считаться одобренными Страховщиком. Пошлины, издержки и иные расходы, не одобренные Страховщиком, возмещению не подлежат. (Условия, содержащиеся в абзацах 2-4 настоящего раздела, включаются в текст договора, если застрахован риск несения Страхователем согласованных со Страховщиком Расходов на защиту).

**УСЛОВНАЯ
ФРАНШИЗА:
СПЕЦИАЛЬНЫЕ
ИСКЛЮЧЕНИЯ:**

____ (____)

По настоящему Полису, наряду с предусмотренными Правилами страхования событиями, не являющимися страховым случаем, также не являются страховым случаем и не подлежат возмещению:

- а) любые убытки, причиненные по вине процессинговых компаний, банков-корреспондентов или спонсируемых банков;
- б) расходы по оспариванию/опротестованию операций (chargeback) в рамках платежной системы VISA и MasterCard, расходы по блокировке карточек, стоимость публикации информации в стоп-листах, суммы вознаграждений за изъятие карт, другие расходы и штрафы, которые могут быть предусмотрены правилами международных платежных систем Visa и MasterCard.
(Сторонами может быть предусмотрен иной перечень исключений из страхового покрытия.)

**ОБЩАЯ СУММА
СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ,
ПОРЯДОК ОПЛАТЫ:**

Общая сумма страховой премии по настоящему Полису составляет _____ (_____) _____ и подлежит оплате (по соглашению сторон):
единовременным платежом до «_» _____ 20__ года
или
в рассрочку:
первый страховой взнос в сумме _____ подлежит оплате до _____
второй страховой взнос в сумме _____ подлежит оплате до _____

**ПОРЯДОК
РАССМОТРЕНИЯ**

ПРЕТЕНЗИЙ:

1. Расчеты по выплатам страхового возмещения по настоящему Полису производятся _____ (по соглашению сторон указывается период):

1-й _____: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года;

2-й _____: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года;

3-й _____: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года;

4-й _____: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года.

Страхователь обязан не позднее _____ дней после окончания очередного _____ направлять Страховщику расчет суммы Претензии с приложением подтверждающих документов.

1.1. Расчет предоставляется отдельно в отношении:

а) страховых случаев, обнаруженных в течение отчетного _____ (указывается период), претензионная работа по которым еще не завершена, и

б) страховых случаев, обнаруженных в отчетном или предыдущих _____ (указывается период), претензионная работа по которым завершена, и сумма претензии по которым является окончательной.

1.2. Расчет, указанный в пункте 1.1. (а) настоящего раздела Полиса, является предварительным и может корректироваться в последующих _____ (указывается отчетный период) по мере ведения претензионной работы и корректировки сумм убытков.

1.3. Расчет страхового возмещения, подлежащего выплате Страхователю по отчетному _____ (указывается отчетный период), производится на основании данных, указанных в расчете, предоставляемом Страхователем в соответствии с пунктом 1.1. (б) настоящего раздела Полиса.

2. Одним страховым случаем считается одно или несколько последовательных Неправомерных использований, состоявшихся за временной период, равный 3 (трём) календарным дням, и приведших к Переводу денежных средств с одного счета Клиента, открытого для проведения расчетов с использованием Банковской карты, в результате совершения операций с использованием одной Банковской карты. (Сторонами может быть предусмотрен иной порядок определения одного страхового случая).

3. Расчет суммы претензии должен содержать следующую информацию по каждому страховому случаю:

- дату наступления страхового случая (дату принятия Претензии от клиента/держателя Банковской карты);
- сумму ущерба;
- краткое описание обстоятельств страхового случая;
- состояние претензионной работы на дату подготовки расчета, в случае если она не завершена;

- дату подписания Страхователем заключения о завершении претензионной работы и краткие выводы о ее результатах, включая информацию о мерах, предпринятых для выявления причин происшествия и взыскания ущерба в случае, если претензионная работа завершена.

4. К расчету, указанному в пункте 1.1. (б) настоящего раздела Полиса, должны прилагаться следующие обосновывающие документы по каждому страховому случаю:

- заявление Клиента на открытие счета и выпуск карты;
- договор, заключенный между Страхователем и Клиентом, предусматривающий эмиссию и обслуживание Банковской карты (счета);
- карты с образцами подписей Клиента, при их наличии;
- заявление Клиента в ОВД по факту утраты карты в результате злоумышленных действий третьих лиц;
- заявление Страхователя в ОВД о факте Неправомерного использования Банковской карты;
- заявление Клиента об утрате Банковской карты и/или Претензию о несогласии с Переводом денежных средств в произвольной форме и т.п.
- выписки со счета Клиента, открытого для проведения расчетов с использованием Банковской карты, и информация по авторизационным запросам (в случае ее наличия) за весь месяц, в течение которого были произведены Неправомерные использования Банковской карты;
- копию, заверенную Страхователем, сообщения в Платежную систему о факте мошеннической операции и сообщения о помещении карты в Стоп-лист;
- копию загранпаспорта, при его отсутствии копию гражданского паспорта, в случае совершения операции в другой стране;
- копии банкоматных / терминальных лент, при наличии таковых и / или копии слипов / чеков / документов электронной коммерции, предоставленных банками эквайерами / Платежной системой;
- заключение отдела безопасности Страхователя;
- в отношении Расходов на защиту – копии материалов дел и решений соответствующих судебных органов, а также другие документы, подтверждающие размер произведенных расходов (*Данное условие включается в договор страхования, если риск несения Расходов на защиту застрахован*).

5. Страховщик оставляет за собой право затребовать любую дополнительную информацию, включая материалы служебного расследования и внутреннюю документацию Страхователя, по конкретным страховым случаям, если по мнению Страховщика представленной Страхователем информации недостаточно для определения факта наступления страхового случая или размеров причиненных убытков. Такое

требование Страховщика может быть заявлено в течение ____ дней с момента получения расчёта суммы претензии в соответствии с п. 1 настоящего раздела Полиса.

6. Возмещению подлежит реальный ущерб, понесенный Страхователем в размере суммы средств, списанных с карточного счета его Клиента, за вычетом сумм, полученных в виде возмещения от виновных лиц, по другим страховым полисам или прочим договорам, предусматривающим компенсацию такого ущерба, а также за вычетом собственного удержания Клиента, предусмотренного договором, заключенным между ним и Страхователем, либо правилами международных платежных систем Visa и MasterCard.

7. На основании представленных Страхователем документов, указанных в пунктах 3 и 4 раздела «Порядок рассмотрения претензий» Полиса, Страховщик в течение ____ рабочих дней определяет сумму страхового возмещения и оформляет страховой акт, подписываемый сторонами, на основании которого производится выплата страхового возмещения.

В случае отказа в выплате страхового возмещения Страховщик предоставляет Страхователю письменный мотивированный отказ. Данный отказ должен быть предоставлен не позднее _____ рабочих дней с момента получения от Страхователя Страховщиком документов, указанных в пунктах 3 и 4 раздела «Порядок рассмотрения претензий» настоящего Полиса.

(Сторонами может быть согласован иной порядок рассмотрения Претензий и выплаты страхового возмещения).

**ВАЛЮТА
СТРАХОВАНИЯ:**

Все страховые суммы и суммы страховой премии указаны в настоящем Полисе в _____. (Расчеты по страховой премии и страховым возмещениям производятся в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на день перечисления средств – данное условие включается в договор страхования, если договором предусмотрено указание страховой премии и страховых сумм в валюте, отличной от валюты Российской Федерации).

**ИЗМЕНЕНИЕ
УСЛОВИЙ ПОЛИСА:**

Все изменения в условия настоящего Полиса в период его действия могут вноситься по соглашению сторон с письменного заявления Страхователя путем оформления Дополнений к настоящему Полису, которые после их подписания становятся неотъемлемой частью Полиса.

Дополнительные условия и оговорки, в том числе, в соответствии со стандартами саморегулируемой организации в сфере финансового рынка: _____

Форма выплаты страхового возмещения – в денежной форме.

Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию, указанную в п.9.4.2 Правил страхования.

Для предоставления Страхователю (Выгодоприобретателю) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует следующие способы взаимодействия: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

СТРАХОВЩИК
АО «Баланс страхование»

**ТАРИФНЫЕ СТАВКИ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ОПЕРАТОРОВ ПО ПЕРЕВОДУ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ – ЭМИТЕНТОВ
БАНКОВСКИХ КАРТ**

Базовая тарифная ставка по страхованию ответственности операторов по переводу денежных средств - эмитентов банковских карт составляет 0,024 (руб.) со 100 рублей страховой суммы².

Результирующая тарифная ставка рассчитывается умножением полученной брутто-ставки на следующие поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты, зависящие от различных рисков факторов:

В зависимости от размера страховой суммы, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,4 до 3,5.

В зависимости от агрегатного лимита ответственности, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,4 до 1.

В зависимости от подлимита ответственности по виду банковской карты, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,5 до 1.

В зависимости от подлимита ответственности по одному страховому случаю, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,5 до 1.

В зависимости от подлимита ответственности по одной претензии, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,3 до 1.

В зависимости от подлимита ответственности по расходам на защиту, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,5 до 1.

В зависимости от наличия, типа и размера предусмотренной договором франшизы, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,5 до 5.

В зависимости от периода страхования на срок более одного года, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 1 до 5.

В зависимости от периода страхования на срок менее одного года, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный следующий поправочный коэффициент:

Срок страхования	Поправочный коэффициент
1 месяц	0,20
2 месяца	0,30
3 месяца	0,40
4 месяца	0,50
5 месяцев	0,60
6 месяцев	0,70
7 месяцев	0,75
8 месяцев	0,80

² Базовая ставка рассчитана для договоров по одной банковской карте с безусловной франшизой 1 000 руб.

9 месяцев	0,85
10 месяцев	0,90
11 месяцев	0,95

В зависимости от наличия случаев причинения ущерба третьим лицам в течение последних 3-х лет, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 1 до 3.

В случае страхования в валютном эквиваленте в соответствии с п. 7.5. Правил к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,6 до 1,8.

В случае, если договором страхования предусмотрено страхование имущественных интересов страхователя, связанных с несением расходов на защиту, которые страхователь должен понести в связи с предъявлением ему претензий о возмещении вреда, потенциально подлежащего возмещению по настоящим Правилам, страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 1 до 2.

В зависимости от объема эмиссии, осуществляемой эмитентом банковских карт, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,02 до 10.

В зависимости от уровня защищенности систем безопасности эмитента банковских карт, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,02 до 5.

В зависимости от истории сотрудничества с АО «Баланс страхование», к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,5 до 1,8.

В случае расширения ответственности страховщика в соответствии с п. 5.2 Правил к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 1 до 3.

В случае сужения ответственности страховщика в соответствии с п. 5.3 Правил к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 0,1 до 1.

В зависимости от экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, отчетах об оценке, страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,1 до 3.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.