Приложение № 1 к приказу
от 25.12.2020 №201225-02-од

УТВЕРЖДАЮ
Директор департамента
по стратегическому развитию

_____ А.О. Рытвинская
25 декабря 2020 г.

Приложение № 1 к Договору
страхования по программе
страхования «Гармония жизни»

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «ГАРМОНИЯ ЖИЗНИ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. В соответствии с Комплексными правилами страхования «Гармония жизни», настоящими Полисными условиями по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия) и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает договоры добровольного страхования жизни (далее по тексту «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем *Страхователями.* По Договору страхования могут быть застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя-физического лица и/или других указанных в Договоре лиц, именуемых в дальнейшем *Застрахованными.*

1.2. **Аннулирование Договора страхования** — отказ Страхователя-физического лица от Договора страхования в соответствии с п. 6.4. настоящих Полисных условий с возвратом уплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.

1.3. **Болезнь (заболевание)** — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованным) в заявлении (декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период срока страхования.

1.4. **Врач (Врач-эксперт, врач-консультант)** — специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного (Страхователя/Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).

1.5. **Временная утрата трудоспособности** — нетрудоспособность Застрахованного в результате произошедшего с ним в период срока страхования несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая. Период Временной нетрудоспособности отражается в листке временной нетрудоспособности, оформляемым лечебно-профилактическими учреждениями в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и подтверждается исключительно листком нетрудоспособности установленного образца.

1.6. **Временная франшиза** – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни, не признается страховым случаем.

1.7. **Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты. Выгодоприобретателем является Застрахованный.

В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям пропорционально указанным в Договоре страхования долям. Если Выгодоприобретатели не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством, в этом случае страховая выплата производится им пропорционально их наследственным долям.

1.8. **Выкупная сумма** — сумма, выплачиваемая Страхователю при досрочном прекращении или расторжении Договора страхования в случаях, предусмотренных настоящими Полисными условиями.

1.9. **Гарантированная страховая сумма** — часть страховой суммы по определенным страховым рискам/программам страхования, определенная сторонами в Договоре страхования при его заключении.

1.10. **Госпитализация** — стационарное лечение Застрахованного, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем и/или болезнью.

Госпитализацией не будет считаться помещение Застрахованного в стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, нахождение Застрахованного в клинике или санатории в том числе, для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, нахождение Застрахованного в стационаре в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.11. **Дата заключения Договора страхования** — дата подписания сторонами Договора страхования, указанная в Договоре страхования.

1.12. **Дата выдачи Полиса** — дата формирования и выдачи Полиса Страхователю.

1.13. **Договор страхования (Полис, Полис страхования жизни)** — документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования также включает в себя настоящие Полисные условия.

1.14. **Дополнительная страховая сумма** — часть страховой суммы, которая определяется в Порядке, установленном Разделом 12 настоящих Полисных условий. Дополнительная страховая сумма при заключении Договора страхования равна нулю. Дополнительная страховая сумма не учитывается при определении размера страховой премии.

1.15. **Дополнительная норма доходности** — установленная Страховщиком норма доходности за период, используемая для расчета Дополнительной страховой суммы.

1.16. **Застрахованный** — физическое лицо, названное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования..

1.17. **Инвалидность** — социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период срока страхования, приводящая к ограничению жизнедеятельности, неспособности выполнять любую трудовую деятельность с целью получения дохода и необходимости в предоставлении социальной защиты. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается группа инвалидности. Наличие заболевания не является достаточным условием для признания человека инвалидом. В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в соответствующее учреждение медико-социальной экспертизы заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы.

1.18. **Личный кабинет** — информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.

1.19. **Любая причина** — событие (болезнь или несчастный случай), возникшее в течение действия Договора, а также самоубийство, при условии, что к моменту самоубийства Договор страхования действовал не менее 2 (двух) лет.

1.20. **Мобильное приложение** - программное обеспечение Страховщика, страхового агента, применяемое Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) для обмена информацией в электронной форме между ним и Страховщиком с использованием технического устройства (мобильного телефона, смартфона или компьютера, включая планшетный компьютер), подключенного к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

1.21. **Несчастный случай** — внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических и т.п.) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в период срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических, наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, разрывы аневризм артерий, остеохондроз, дегенеративно-дистрофические заболевания, грыжи межпозвонковых дисков, ВИЧ-инфекция, СПИД, прочие внезапные поражения внутренних органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания)). Несчастный случай не является болезнью (заболеванием).

1.22. **Официальный сайт Страховщика** — www.renlife.ru

1.23. **Период оценки страхового риска** — период времени, указываемый в Договоре страхования, в течение которого Страховщик осуществляет оценку факторов, влияющих на степень страхового риска.

Лимит ответственности Страховщика (размер страховой суммы) на страховой случай в течение периода оценки страхового риска определяется Страховщиком в Договоре страхования.

1.24. **Предшествовавшее состояние —** любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованный должен был знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.25. **Программа страхования** — совокупность условий, характеризующих объем страхового покрытия по Договору страхования, особенности заключения и прекращения Договора, уплаты страховой премии (страховых взносов) и страховой выплаты и т.п.

1.26. **Сервисная компания –** компания, утвержденная Страховщиком, осуществляющая организацию медицинских и иных услуг в соответствии с настоящими Полисными условиями.

1.27. **Своевременное обращение за медицинской помощью** — обращение за медицинской помощью после появления первых признаков заболевания, т.е. до ухудшения состояния, развития осложнений или возникновения необратимых последствий заболевания или состояния.

1.28. **Смерть** — прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

1.29. **Событие медицинского характера** — проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови, всех иных биологических жидкостей и тканей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у застрахованного, выявленные заболевания, обращение застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные

операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.30. **Стационарное лечение** — непрерывное круглосуточное пребывание Застрахованного в лечебном учреждении, имеющем лицензию на оказание соответствующих видов медицинской помощи (инструментальной, фармакологической).

1.31. **Страховщик** — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.32. **Страхователь** — дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.33. **Страховая сумма** — денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии (страхового взноса) и страховой выплаты.

1.34. **Страховые тарифы** — ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

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

1.36. **Страховые взносы** — периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем.

1.37. **Страховой риск** — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

1.38. **Страховой случай** — свершившееся в период срока страхования событие (включая его последствия), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (страховые выплаты) Застрахованному, его законному представителю или Выгодоприобретателю.

1.39. **Страховые выплаты** — выплаты, производимые при наступлении страхового случая Застрахованному, Выгодоприобретателю. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся, по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.40. **Срок страхования** — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты в отношении определенной программы страхования (страхового риска), который определяется в соответствии с Договором страхования.

1.41. **Страховой год** — период продолжительностью 1 (один) год, начиная с даты заключения Договора страхования или страховой годовщины.

1.42. **Страховая годовщина** — дата, отстоящая от даты начала действия Договора страхования на период, кратный году.

1.43. **Телесное повреждение** — нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей, возникших в результате воздействия различных факторов внешней среды, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Приложения № 3 и 7 к настоящим Полисным условиям), произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

1.44. **Хирургическое вмешательство** — оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в период срока страхования несчастным случаем и/или болезнью, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Приложения № 3, 8, 9 к настоящим Полисным условиям).

Хирургические вмешательства подразумевают способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионожа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическое вмешательство должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

- имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенных возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни граждан, а также с их смертью (страхование жизни);
- имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни (страхование от несчастных случаев и болезней);
- имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование).

3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Договор страхования заключается по одной из следующих программ страхования, при этом программы, указанные в п. 3.1.1 и п. 3.1.2 настоящих Полисных условий, не могут быть выбраны одновременно:

3.1.1. **Программа страхования «Смешанное страхование жизни».**

Страховыми рисками по данной программе являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий:

3.1.1.1. Смерть Застрахованного по любой причине (далее – «Смерть ЛП»);

3.1.1.2. Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования (далее – «Дожитие»);

3.1.2. **Программа страхования «Дожитие с возвратом страховых взносов в случае смерти Застрахованного».**

Страховыми рисками по данной программе являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий:

3.1.2.1. Смерть Застрахованного по любой причине (далее – «Смерть ЛП»);

3.1.2.2. Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования (далее – «Дожитие»);

3.1.3. Обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования «Телемедицина» при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования «Телемедицина» (далее – «Телемедицина», «программа «Телемедицина»).

3.2. В Договор страхования могут быть включены также дополнительные страховые риски/программы страхования, описание и условия страхования которых содержатся в соответствующих Приложениях к настоящим Полисным условиям. Дополнительные страховые риски/программы страхования, действующие в отношении законных супруг(а)/(и) Страхователя и его детей, могут быть включены в Договор страхования единым пакетом («**Защитный пакет**»).

3.3. Перечень программ страхования, страховых рисков, в отношении которых заключается Договор страхования, указывается в Договоре страхования.

3.4. Ограничения по порядку включения страховых рисков/программ страхования в Договор страхования:

3.4.1. Договор страхования может быть заключен только при условии обязательного включения в него страховых рисков и программ страхования, указанных в п. 3.1. настоящих Полисных условий, в дальнейшем совокупно именуемых как «**Основная программа**». При этом страховые риски, указанные в пп. 3.1.1. и 3.1.2 не могут быть выбраны одновременно.

3.4.2. Ограничения по включению дополнительных страховых рисков/программ страхования в Договор страхования указаны в соответствующих Приложениях к настоящим Полисным условиям.

3.5. События, предусмотренные настоящими Полисными условиями и приложениями к ним, признаются страховыми случаями, если они наступили в период срока страхования и подтверждены соответствующими документами, указанными в Разделе 9 настоящих Полисных условий и в соответствующих приложениях.

4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. На страхование по программе страхования «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного» принимаются лица в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет на дату заключения Договора до 85 (восьмидесяти пяти) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования.

Лица, не соответствующие условиям, изложенным в Заявлении на страхование (Декларации), могут быть приняты на страхование по результатам оценки страхового риска.

4.2. На страхование по программе страхования «Смешанное страхование жизни» принимаются лица в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет на дату заключения Договора до 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату окончания срока действия Договора страхования за исключением лиц, указанных ниже:

4.2.1. употребляющих наркотики, токсические вещества, страдающих алкоголизмом, стоящих и/или не стоящих по перечисленным причинам на диспансерном учете;

4.2.2. находящихся под следствием или в местах лишения свободы;

4.2.3. страдающих нервными расстройствами, психическими заболеваниями, состоящих/не состоящих на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;

4.2.4. страдающих любыми онкологическими заболеваниями.

4.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику об обстоятельстве(ах), указанном(ых) в п.п. 4.1., 4.2.1. – 4.2.4. настоящих Полисных условий, и наличие этих обстоятельств было выявлено после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.

4.4. Не являются страховыми случаями события, происшедшие:

4.4.1. в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, настоящим Полисным условиям или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем, а также лиц, действующих по их поручению;

4.4.2. в ходе совершения (попытки совершения) Застрахованным преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

4.4.3. во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

4.4.4. во время нахождения Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, произошедшие во время нахождения Застрахованного под воздействием алкоголя в случае, если действия Застрахованного не повлекли за собой (как прямо, так и косвенно) наступление произошедшего события. Решение о признании события страховым случаем принимается Страховщиком в каждом конкретном случае исходя из фактических обстоятельств с учетом всех имеющихся документов (справок лечебных учреждений, материалов правоохранительных органов и др.);

4.4.5. в результате экзогенной интоксикации, в результате отравления любыми спиртами, спиртосодержащими жидкостями, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, синдром зависимости от алкоголя, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;

4.4.6. в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года);
4.4.7. во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
4.4.8. во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
4.4.9. в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а также при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;
4.4.10. во время непосредственного участия Застрахованного в гражданских волнениях, беспорядках, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах или учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;
4.4.11. во время любых воздушных перелетов, совершаемых Застрахованным, исключая полеты в качестве пассажира регулярного авиарейса (включая регулярные чартерные авиарейсы), выполняемого организацией, обладающей соответствующей лицензией;
4.4.12. во время занятий Застрахованного профессиональным спортом, занятий любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, гонках или иных опасных хобби (альпинизм, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящимся под водой, независимо от глубины погружения, прыжки с парашютом, скачки, скалолазание). Страховщиком могут быть признаны страховыми случаями события, возникшие во время любительских занятий на разовой основе (на период отпуска, каникул или в выходные дни) сноубордом, скейтбордом, горными лыжами, водными лыжами; подводного плавания без применения акваланга, прогулок на лошадях, пеших походов без применения альпинистского снаряжения, езды на велосипеде (кроме триала или скоростного спуска), а также во время других видов деятельности, которые нельзя рассматривать как опасные, нельзя отнести к профессиональному спорту или систематическим тренировкам, направленным на достижение спортивных результатов;
4.4.13. во время участия в мотокроссе, триале; мотогонках, автогонках или иных гонках на скорость; иных соревнованиях, а также во время езды на мотоцикле при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже нуля градусов по шкале Цельсия, езды на мотоцикле или ином моторизированном транспортном средстве (за исключением автомобиля) в дождь, езды на мотоцикле или ином моторизированном транспортном средстве (за исключением автомобиля) по бездорожью;
4.4.14. в ходе/в результате осуществления консервативных (в т.ч. медикаментозных) или инвазивных (оперативных) методов лечения, применяемых в отношении Застрахованного, за исключением случаев,

когда необходимость такого лечения обусловлена несчастным случаем или болезнью, наступившими в период срока страхования, или когда имеется необходимость предоставления экстренной (неотложной) медицинской помощи;
4.4.15. в результате любых повреждений здоровья, вызванных радиационным облучением или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;
4.4.16. в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным;
4.4.17. во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);
4.4.18. в результате предшествовавших состояний или их последствий;
4.4.19. в результате заболевания ВИЧ-инфекцией/СПИД, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;
4.4.20. при самолечении Застрахованного, приведшего к ухудшению состояния здоровья или усугублению патологического процесса;
4.4.21. при отказе Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшего к смерти, инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления;
4.4.22. по Договорам страхования, по которым после их заключения будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования обстоятельствах, и если указанные сведения привели к заключению Договора страхования на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений;
4.4.23. с лицами, указанными в п. 4.2.1. – 4.2.4. настоящих Полисных условий.
4.5. Исключения из страхового покрытия по дополнительным страховым рискам/программам страхования также указаны в соответствующих приложениях к настоящим Полисным условиям.
4.6. Указанные в п. 4.4. настоящих Полисных условий исключения относятся ко всем программам страхования/страховым рискам, в отношении которых заключен Договор страхования, за исключением программы страхования «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного» и программы «Телемедицина».

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, оригинала документа, удостоверяющего личность Страхователя/Застрахованного. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:
5.1.1. Вариант 1. В форме одного документа (Договора страхования), подписанного Сторонами.
5.1.2. Вариант 2. Путем вручения Страховщиком Страхователю на основании письменного Заявления на страхование страхового Полиса, подписанного Страховщиком.
Заявление на страхование может быть подписано простой электронной подписью. В этом случае подписание Заявления на страхование осуществляется путем введения пин-кода подтверждения, полученного от Страховщика в СМС-сообщении на мобильный телефон/акцепта сообщения на электронную почту Страхователя, что является аналогом собственноручной подписи Страхователя. Вручение Страховщиком страхового Полиса Страхователю может осуществляться:

- Страхователю лично;
- путем направления электронного образа страхового Полиса на электронный адрес Страхователя, указанный в Заявлении на страхование или в его Личный кабинет.

Подтверждением принятия страхового Полиса является оплата Страхователем страховой премии (первого страхового взноса).
5.1.3. Вариант 3. Путем заключения договора страхования в электронной форме.
При этом создание и отправка Страхователем Страховщику Заявления на страхование в электронной форме, подписанное простой электронной подписью Страхователя – физического лица, а также создание и отправка Страховщиком Страхователю страхового Полиса, подписанного усиленной квалифицированной

электронной подписью Страховщика, осуществляется с использованием официальных сайтов Страховщика, страхового агента в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений Страховщика, страхового агента, осуществляющих автоматизированные создание и отправку информации в информационную систему Страховщика.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Полисных условиях, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

5.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику о себе и Застрахованном следующие сведения и документы:

5.2.1. Страхователь:

- ФИО,
- дата и место рождения,
- пол, гражданство;
- наименование документа, удостоверяющего личность;
- серию и номер документа, удостоверяющего личность;
- кем и когда выдан, а также код подразделения, выдавшего документ, удостоверяющий личность;
- адрес регистрации и/или адрес фактического проживания;
- номер контактного (мобильного) телефона;
- адрес электронной почты (при наличии);
- копии паспорта, либо копии удостоверения личности, заменяющего паспорт;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (при наличии).

5.2.2. В случае, если Страхователь и/или Застрахованный являются иностранными гражданами или лицами без гражданства Страхователь также обязан предоставить Страховщику:

- сведения о миграционной карте Страхователя, Застрахованного;
- сведения о документе, подтверждающем право на пребывание (проживание) в РФ Страхователя, Застрахованного.

5.2.3. По запросу Страховщика Страхователь/Застрахованный предоставляет: копию извещения застрахованного лица о состоянии пенсионного счета накопительной части трудовой пенсии и о результатах инвестирования средств пенсионных накоплений/выписку из индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования, копию страхового номера индивидуального лицевого счета, копию военного билета, трудовой книжки, медицинскую информацию (выписки из амбулаторной карты, истории болезни, заключение врачей-специалистов, заключение исследований УЗИ, МРТ, рентгенографии, результаты анализов, гистологических исследований, функциональных проб, ЭКГ в покое, ЭКГ с нагрузкой, ЭХО КГ), а также заполненные дополнительные анкеты/опросные листы:

Медицинские опросные листы:

- Опросный лист по заболеваниям;
- Опросный лист «Травма»;
- Опросный лист «Инвалидность»;
- Опросный лист «Операции»;
- Опросный лист «Опухоли»;
- Опросный лист «Беременность»

Опросные листы по следующим событиям:

- занятия спортом на уровне хобби (опросный лист «Хобби»);
- занятия спортом на любительской или профессиональной основе (опросные листы «Подводное погружение», «Горные походы, альпинизм и скалолазание, иная активность на больших высотах»,

«Гонки», «Охота», «Парусный спорт», «Вождение мотоцикла», «Сплавы», «Авиация», «Велоспорт», «Дельтаплан /параплан»);

- занятия опасным родом деятельности (опросные листы «Для лиц, работающих в авиации», «Служба в вооруженных силах, в войсках МВД и т.д.», «Опросный лист гражданская авиация», «Опросный лист для профессиональных водителей», «Род деятельности», Опросный лист для сотрудников охранных предприятий, «Флот», «Командировки», Опросный лист по индивидуальным предпринимателям);
- поездки и/или командировки (Опросный лист «Командировки», Опросный лист «Род деятельности»).

Страховщик имеет право запросить следующие документы, подтверждающие доход Застрахованного/Страхователя:

- финансовая анкета,
- справка 2-НДФЛ,
- справка 3-НДФЛ,
- налоговая декларация,
- справка с места работы о доходах за последний год, заверенная печатью и подписью главного бухгалтера,
- копии правоустанавливающих документов, подтверждающие наличие в собственности недвижимости и дорогостоящего имущества (квартира, дача, дом, земельный участок, автомобиль, яхта),
- выписки по банковским текущим и депозитным счетам, по счетам пластиковых карт, заверенные оформившими их банками,
- документы, подтверждающие наличие в собственности ценных бумаг (выписки из реестров владельцев ценных бумаг),
- копии трудовых контрактов и соглашений,
- копии документов, подтверждающие прочие регулярные доходы (страховые выплаты, аренда, проценты по вкладам и т.д.).

5.3. В Договоре страхования, Заявлении на страхование, Страхователь/Застрахованный обязаны правдиво и полно сообщить Страховщику обстоятельства (сведения о страхуемом лице), имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Существенными признаются обстоятельства, указанные Страхователем в Заявлении на страхование, Договоре страхования (Полисе), Декларации, являющейся частью Договора страхования, Анкетах, Опросных листах Страховщика.

5.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь/Застрахованный сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Заявлении на страхование, Декларации, являющейся частью Договора страхования, Анкетах, Опросных листах Страховщика обстоятельствах, Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием обстоятельств, о которых Страхователь/Застрахованный сообщил заведомо ложные сведения при заключении Договора страхования, соответственно, у Страховщика не возникает обязанности произвести страховую выплату по такому Договору.

5.5. Страховщик имеет право провести оценку страхового риска при заключении Договора страхования жизни.

5.5.1. На основании Заявления на страхование Страховщик выдает Страхователю Договор/страховой Полис на условиях, указанных в Заявлении на страхование.

В случае если Страховщику необходимо провести оценку страхового риска по договору страхования, то в Договоре страхования/страховом Полисе устанавливается Период оценки страхового риска. В Период оценки страхового риска договор страхования жизни действует с соответствующими ограничениями, указанными в Договоре страхования/ страховом Полисе.

5.5.2. В период оценки страхового риска Страховщик имеет право проверить сведения, указанные Страхователем в Заявлении на страхование, Анкетах, Опросных листах Страховщика и имеющие

существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков (состояние, а также сведения о состоянии здоровья лица, в отношении которого производится оценка страхового риска, в том числе о перенесенных ранее заболеваниях, несчастных случаях, заявление лица на предмет заключения аналогичных договоров с другими компаниями, сведения о доходах и др.), а также запросить у Страхователя (Застрахованного) дополнительные сведения о состоянии здоровья, опасных видах деятельности (работа, хобби), доходах и финансовых обязательствах Застрахованного, информацию об уже заключенных, заключаемых, отклоненных или заключенных на особых условиях в отношении Застрахованного (с дополнительными исключениями, с применением повышающих коэффициентов и т.д.) договорах страхования жизни и страхования от несчастных случаев и болезней (как со Страховщиком, так и с другими страховыми компаниями на территории Российской Федерации и за ее пределами), а также требовать в течение Периода оценки страхового риска прохождения Застрахованным медицинского обследования в необходимом для Страховщика объеме и в указанном Страховщиком лечебном учреждении. Если в результате бездействия Страхователя Застрахованный не проходит медицинское обследование и/или Страховщик не получает дополнительную информацию, необходимую для оценки страхового риска, до окончания периода, указанного в Договоре страхования, Договор страхования прекращает свое действие с даты, следующей за датой окончания Периода оценки страхового риска.

5.5.3. Период оценки страхового риска может быть сокращен или продлен Страховщиком в одностороннем порядке.

В случае если оценка страхового риска не может быть завершена Страховщиком до окончания Периода оценки страхового риска, указанного в Договоре, его действие может быть продлено путем направления Страхователю уведомления одним из следующих путей: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет, о продлении Периода оценки страхового риска, но не более чем на 60 (шестьдесят) календарных дней .

5.5.4. По завершении Страховщиком оценки страхового риска:

5.5.4.1. если по результатам оценки страхового риска Страховщик подтверждает условия страхования, установленные в Полисе страхования жизни на основании Заявления на страхование, Страховщик направляет на электронную почту Страхователя указанную в заявлении и в Личный кабинет Страхователя дополнительное соглашение к Полису, в котором устанавливается дата окончания периода оценки страхового риска, а также подтверждаются условия страхования, установленные изначально в Полисе;

5.5.4.2. если по результатам оценки страхового риска Страховщиком будут получены дополнительные существенные сведения, влияющие на степень вероятности наступления страхового случая или выявлены нарушения при выборе сочетания страховых рисков, страховых программ и/или лимитов страховых сумм по ним, установленных в настоящих Полисных условиях, то в указанном Дополнительном соглашении устанавливается дата окончания периода оценки страхового риска и новые условия страхования (страховые суммы и/или страховые премии и/или страховые риски/программы страхования, исключения из страхового покрытия). Если в соответствии с Дополнительным соглашением Страхователь обязан оплатить дополнительный страховой взнос, то Дополнительное соглашение вступает в силу на следующий день после оплаты такого дополнительного взноса. В случае, если по результатам оценки страхового риска Страховщиком будет установлено, что размер подлежащего оплате страхового взноса меньше уже оплаченного Страхователем взноса, то указанная разница будет зачтена Страховщиком при оплате Страхователем очередного страхового взноса;

5.5.4.3. В случае если Страхователь не подпишет Дополнительное соглашение к Договору страхования/страховому Полису и/или не оплатит дополнительный страховой взнос в срок, указанный в Дополнительном соглашении, то Договор страхования считается незаключенным, и Страховщик возвращает Страхователю оплаченную им страховую премию (первый страховой взнос) на основании его заявления на возврат страховой премии (страхового взноса) с указанием банковских реквизитов для

перечисления в срок, не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения такого заявления. При этом Страховщик вправе удержать из возвращаемой Страхователю страховой премии (первого страхового взноса) произведенные расходы на медицинское обследование Застрахованного (в случае проведения).
При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, до истечения указанного срока, возврат уплаченной премии не производится.
5.6. Подписание Страховщиком Договора страхования, а также приложений и дополнительных соглашений к нему может осуществляться усиленной квалифицированной электронной подписью, либо путем воспроизведения факсимиле/электронного образа подписи уполномоченного лица Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. Факсимильное воспроизведение/отображение электронного образа подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика с помощью средств механического или иного копирования признается Сторонами аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документ типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом такого документа.
5.7. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком в Личном кабинете, допускается создание и предоставление Страхователем документов для изменения, досрочного прекращения, отказа от Договора страхования и/или иных документов в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявления и документы в электронном виде с использованием Личного кабинета и соблюдением порядка и способа создания и предоставления таких документов, указанного в Личном кабинете.
В этом случае документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя-физического лица, признаются равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя-физического лица.
При этом Страховщик вправе запросить оригиналы документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым и решения вопроса об осуществлении страховой выплаты, в том числе о ее размере.
Подписание дополнительных соглашений и/или иных документов в электронном виде Страховщиком осуществляется усиленной квалифицированной подписью Страховщика с направлением их Страхователю в его Личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.
5.8. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре либо в виде электронных документов. В последнем случае, создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме осуществляется с использованием Личного кабинета Страхователя, а создание и отправка Страховщиком Страхователю информации в электронной форме осуществляется на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования, и/или с использованием Личного кабинета Страхователя.
В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.
5.9. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.
5.10. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю в Личном кабинете.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования.
6.2. Срок страхования:

6.2.1. по страховому риску «Дожитие» – с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии в полном объеме (первого страхового взноса, если страховая премия оплачивается в рассрочку) либо с даты начала действия Договора, в зависимости от того, какая из дат является более поздней, до даты окончания срока действия Договора страхования;
6.2.2. по страховому риску «Смерть ЛП» - с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии в полном объеме (первого страхового взноса, если страховая премия оплачивается в рассрочку) либо с 1-го (первого) дня, следующего за датой начала действия Договора, в зависимости от того, какая из дат является более поздней, до даты окончания срока действия Договора страхования;
6.2.3. по программе «Телемедицина» – с 15-го (пятнадцатого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии в полном объеме (первого страхового взноса, если страховая премия оплачивается в рассрочку) либо с 15-го (пятнадцатого) дня, следующего за датой начала действия Договора, в зависимости от того, какая из дат является более поздней, до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины. Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания срока страхования по программе «Телемедицина» не направит письменное заявление о своем намерении расторгнуть Договор страхования в целом до указанной даты, срок страхования по программе «Телемедицина» продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины при условии оплаты страховой премии.
6.2.4. по дополнительным страховым рискам/программам страхования - в соответствии с Приложениями к настоящим Полисным условиям.
6.2.5. по дополнительным страховым рискам/программам страхования, действующим в отношении законных супруг(а)/(и) Страхователя и его детей, включенным в Договор страхования единым пакетом («Защитный пакет») – с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины
Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по «Защитному пакету» не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить «Защитный пакет», срок страхования по «Защитному пакету» продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.
6.3. Страховщик оставляет за собой право изменить размер страховой премии (страхового взноса), в том числе, проиндексировать ее, и/или условия по отдельной программе страхования/страховому риску, предварительно уведомив об этом Страхователя одним из способов, предусмотренных п. 5.9. настоящих Полисных условий. Указанные изменения также подлежат размещению в Личном кабинете Страхователя и являются обязательными для сторон с момента их размещения в Личном кабинете. В этом случае Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к Договору страхования с новыми условиями, подписанное Страховщиком. Согласием Страхователя продлить срок страхования по Договору страхования на новых условиях считается оплата Страхователем очередного страхового взноса/страховой премии в размере, указанном Страховщиком, в дату очередного страхового взноса/страховой премии, приходящуюся на страховую годовщину.
Последствия неоплаты (неполной оплаты) страховой премии (страховых взносов) предусмотрены:
- по Основной программе – в п.п. 7.9.-7.10. настоящих Полисных условий;
- по дополнительным страховым рискам/программам страхования – в приложениях к Полисным условиям.

6.4. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в течение которых возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный

кабинет Страхователя, либо подано Страхователем в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом размещена на официальном сайте Страховщика).

Оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в безналичной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с указанием его банковских реквизитов.

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» по идентификации Страхователя к указанному заявлению необходимо приложить копии всех заполненных страниц документа, удостоверяющего его личность. В случае непредставления сведений о документе, удостоверяющем личность Страхователя, операции с денежными средствами не проводятся.

7. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ

7.1. Гарантированная страховая сумма по страховому риску «Дожитие», страховая сумма по страховому риску «Смерть ЛП» и страховая сумма по программе «Телемедицина» определяются по соглашению сторон и указываются в Договоре страхования. Договором страхования могут быть предусмотрены ограничения на страховые суммы по страховой программе и страховым рискам.

7.2. Страховая сумма по страховому риску «Дожитие» определяется как сумма Гарантированной страховой суммы и Дополнительной страховой суммы (в случае ее начисления).

7.3. Страховая сумма по дополнительным страховым рискам/программам страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем согласно соответствующим Приложениям к настоящим Полисным условиям и указываются в Договоре страхования.

7.4. В случае, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованный не указал, что уже имеет заключенные договоры страхования и/или им поданы заявления на страхование жизни, страхование от несчастных случаев и болезней, по которым в совокупности с Договором страхования страховые суммы нарушают ограничения, установленные настоящими Полисными условиями, Приложениями к настоящим Полисным условиям и Договором страхования, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием обстоятельств, о которых Страхователь/Застрахованный сообщил заведомо ложные сведения при заключении Договора страхования, соответственно, у Страховщика не возникает обязанности произвести страховую выплату по такому Договору.

7.5. Страховая премия по Основной программе и страховые премии по дополнительным страховым рискам/программам страхования рассчитывается Страховщиком исходя из страховых сумм в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика.

Размер базового страхового тарифа, выбираемого при заключении договора страхования, зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного. Страховщик может определять как половозрастные тарифы, рассчитанные для потенциальных застрахованных каждого пола и возраста, так и единый страховой тариф с учетом половозрастной структуры группы предполагаемых застрахованных лиц и других факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа. Страховщик имеет право применять к страховым тарифам поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, указанных Страхователем в Заявлении на страхование (если применимо), а также полученных Страховщиком в результате оценки страхового риска — состояния здоровья Застрахованного, профессии, (рода деятельности), увлечения (хобби) Застрахованного и т.д.

7.6. Страховые суммы и страховая премия (страховые взносы) могут быть установлены в российских рублях или в иностранной валюте. В случае установления страховой премии (страхового взноса) в иностранной валюте страховая премия (страховой взнос) оплачивается в рублях по курсу Центрального

банка РФ, установленному для иностранной валюты, предусмотренной Договором страхования, на дату оплаты (перечисления).

7.7. Страховая премия по Договору страхования оплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия Договора страхования или в рассрочку путем оплаты страховых взносов. Порядок оплаты страховой премии определяется в Договоре страхования.

7.8. Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) Страхователем является:

- при наличных расчётах – дата, указанная на документе, подтверждающем оплату и выданном в момент ее совершения;
- при безналичных расчетах - дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном размере.

7.9. В случае неоплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в установленный Договором страхования срок или оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в меньшем, чем предусмотрено Договором страхования, размере, Договор страхования считается не вступившим в силу/незаключенным.

7.10. Страховая премия (страховые взносы) должна быть оплачена в срок, предусмотренный Договором страхования. Если Страхователь не оплатил очередной страховой взнос (не первый) либо оплатил в размере, меньшем требуемого для оплаты программ/рисков, указанных в разделе 3 настоящих Полисных условий, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении договора страхования в данном случае сторонами не составляется, при этом письменных уведомлений Страхователю о прекращении действия Договора страхования не направляется. После прекращения действия Договора страхования, в случае оплаты Страхователем страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования, в течение 30-ти календарных дней с даты, в которую он должен был быть оплачен (льготный период), Страховщик имеет право восстановить действие Договора страхования, при этом срок страхования по страховым рискам/программам страхования, предусмотренным Договором страхования, восстанавливается со дня, следующего за днем оплаты просроченного страхового взноса.

8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Размер страховой выплаты устанавливается исходя из указанных в Договоре страхования страховых сумм по соответствующим программам страхования/страховым рискам.

8.2. По программе страхования «Смешанное страхование жизни» (п. 3.1.1. настоящих Полисных условий):

8.2.1. При наступлении страхового случая по страховому риску «Смерть ЛП» страховая выплата осуществляется единовременно Выгодоприобретателю по соответствующей программе страхования в размере 100% страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

8.2.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «Дожитие» страховая выплата осуществляется единовременно Застрахованному в размере 100% Гарантированной страховой суммы, указанной в Договоре страхования, и Дополнительной страховой суммы (в случае ее начисления), определенной в соответствии с Разделом 12 Полисных условий.

8.3. По программе страхования «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного» (п. 3.1.2. настоящих Полисных условий):

8.3.1. При наступлении страхового случая по страховому риску «Смерть ЛП» страховая выплата осуществляется единовременно Выгодоприобретателю по соответствующей программе страхования в размере суммы страховых взносов по программе страхования «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти Застрахованного», оплаченных на дату наступления страхового случая.

8.3.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «Дожитие» страховая выплата осуществляется единовременно Застрахованному в размере 100% Гарантированной страховой суммы,

указанной в Договоре страхования, и Дополнительной страховой суммы (в случае ее начисления), определенной в соответствии с Разделом 12 Полисных условий.

8.4. При наступлении страхового случая по программе «Телемедицина» страховая выплата осуществляется путем оказания Застрахованному медицинских услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящим Полисным условиям.

Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному медицинские услуги по программе «Телемедицина» в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний, оказавших указанные услуги. Общая стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг по программе «Телемедицина» не может превысить размер страховой суммы, указанной для данной программы в Договоре страхования.

8.5. Размер и порядок страховых выплат по дополнительным страховым рискам/программам страхования определяется в соответствии с Приложениями к настоящим Полисным условиям.

9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

9.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

9.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика о наступлении такого события в течение 35 (тридцати пяти) суток, начиная со дня, когда любому из указанных лиц стало известно о его наступлении. В случае, если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не известили Страховщика в 35-дневный срок, при отсутствии объективных причин, препятствующих этому, Страховщик вправе отказать в выплате по данному событию, 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 по страховой выплате.

9.3. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель, наследники, Законный представитель) обязан предоставить Страховщику документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

9.3.1. **Застрахованный в связи со случаем по страховому риску «Дожитие Застрахованного до окончания срока действия Договора страхования»:**

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного. Заявление на страховую выплату должно быть датировано не ранее даты, следующей, после дня окончания Договора страхования;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- копию Договора страхования, а также приложений и всех дополнительных соглашений к нему;
- Застрахованный обязан подтвердить факт дожития до даты окончания срока страхования (лично явиться к Страховщику, предоставить нотариально заверенное «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» или предоставить возможность представителю Страховщика засвидетельствовать это);
- копию свидетельства о постановке Застрахованного на налоговый учет.

9.3.2. **Выгодоприобретатель в связи со случаем по страховому риску «Смерть Застрахованного по любой причине»:**

- копию Договора страхования, приложений и всех дополнительных соглашений к нему;
- заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;
- копию документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
- нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;

- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением, его выдавшим, либо нотариально заверенную копию;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (для наследников) с указанием перечня всех наследников и их долей;
- заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;
- заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/этапных/посмертных эпикризов;
- копию акта судебно-медицинского исследования/Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;
- - заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу; копии протокола об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о дорожно-транспортном происшествии;
- копию свидетельства о постановке Выгодоприобретателя на налоговый учет.

9.3.3. Порядок получения медицинских услуг **по программе «Телемедицина»** изложен в приложении № 1 к настоящим Полисным условиям. Объем услуг, входящих в программу «Телемедицина», может быть уточнен Договором страхования.

9.3.4. Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты по дополнительным программам страхования, содержится в соответствующих Приложениях к настоящим Полисным условиям.

9.4. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счет проведение медицинского обследования/освидетельствования Застрахованного лица и/или независимых экспертиз.

Если Застрахованное лицо не прошло медицинское обследование/освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату медицинского обследования/освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения медицинского обследования/освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения медицинского обследования/освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования/освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом Заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с Заявлением на страховую выплату, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

9.5. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

9.6. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не

могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

9.7. В случае выявления факта предоставления Страховщику комплекта документов не в полном объеме и/или предоставления Страховщику ненадлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Полисными условиями и приложениями к ним, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты выявления факта сообщает Застрахованному (Выгодоприобретателю) о выявленном факте с указанием перечня недостающих и/или ненадлежаще оформленных документов.

9.8. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 9.3. настоящих Полисных условий, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством РФ назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. настоящих Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (Выгодоприобретателя). Извещение об отсрочке страховой выплаты может быть доведено до Застрахованного (Выгодоприобретателя) посредством почтовой или телефонной связи, путем направления СМС-сообщения, по электронной почте, путем уведомления через Личный кабинет;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (Выгодоприобретателю), со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 9.3 настоящих Полисных условий, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

9.9. При непредоставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик приостанавливает срок осуществления страховой выплаты до предоставления ему недостающих сведений, о чем уведомляет обратившееся лицо посредством почтовой или телефонной связи, путем направления СМС-сообщения, по электронной почте, путем уведомления через Личный кабинет.

9.10. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате, страховая выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя (с учетом п.9.12 настоящих Полисных условий). Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

9.11. При объявлении судом Застрахованного умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования. При признании Застрахованного судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

9.12. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний в возрасте до 18 (восемнадцати) лет, то причитающаяся ему страховая выплата переводится на открытый на его имя банковский счет с уведомлением его законных представителей или банковский счет законного представителя (опекуна) Застрахованного (Выгодоприобретателя), указанного в заявлении на страховую выплату.

9.13. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены Страховщику в течение 3 (трех) лет со дня наступления страхового случая.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. **Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) имеет право:**

10.1.1. с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного Договором страхового случая;

10.1.2. получить дубликат Договора страхования в случае утраты оригинала;

10.1.3. отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.1.4. при признании наступившего события страховым случаем получить страховую выплату;

10.1.5. получать информацию об условиях страхования, содержащихся в Правилах страхования, настоящих Полисных условиях, договорах страхования, о размере выплачиваемого Агенту вознаграждения, в случае заключения договора страхования при посредничестве Агента, иную информацию, относящуюся к договору страхования;

10.1.6. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

10.2. **Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:**

10.2.1. оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены Полисными условиями и Договором страхования;

10.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования и в период оценки риска достоверную информацию (в Договоре страхования, Заявлении на страхование, Декларации, являющейся частью Договора страхования/Анкетах/Опросных листах Страховщика), имеющую значение для определения степени страхового риска, обеспечить прохождение Застрахованным медицинского осмотра до окончания периода оценки страхового риска;

10.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных в отношении Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателей, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных Страхователь обязан в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней, сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенные копии либо сканированные копии в Личном кабинете Страхователя (если там содержится информация о возможности приема таких документов).Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованных, изменении его (их) адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);

10.2.4. в период оценки страхового риска пройти по требованию Страховщика медицинское обследование, включая осуществление повторных лабораторных или инструментальных исследований, а также консультаций специалистов в клинике, указанной Страховщиком, предоставить дополнительную информацию, необходимую для оценки страхового риска;

10.2.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, письменно известить об этом Страховщика, в соответствии с требованиями, указанными в п. 9.2. настоящих Полисных условий. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события может быть исполнена Выгодоприобретателем;

10.2.6. при наступлении заболевания своевременно (до наступления осложнений и/или ухудшения состояния) обратиться в медицинское учреждение и строго следовать полученным медицинским рекомендациям и предписаниям; при наступлении несчастного случая незамедлительно (в течение суток) после его наступления обратиться за помощью в медицинское учреждение и строго следовать полученным медицинским рекомендациям и предписаниям;

10.2.7. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику Заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 9 настоящих Полисных условий. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой. Информация о местах приема заявлений на страховую выплату с необходимыми документами в соответствии с Разделом 9 настоящих Полисных условий указана на официальном сайте Страховщика;

10.2.8. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страховщику в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, пройти по требованию Страховщика и/или обеспечить прохождение Застрахованным повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры должны быть проведены врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет;

10.2.9. возвратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренной действующим законодательством РФ сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Полисным условиям полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;

10.2.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Полисными условиями, Договором страхования.

10.3. **Страховщик имеет право:**

10.3.1. запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими положений настоящих Полисных условий, Договора страхования и других документов, закрепляющих Договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений;

10.3.2. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;

10.3.3. после заключения Договора страхования в случае увеличения степени страхового риска по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования. В случае если стороны не пришли к согласию, Страховщик имеет право требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;

10.3.4. отказать в страховой выплате в случаях:

- неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных п. 10.2. настоящих Полисных условий;
- несвоевременного обращения к Страховщику с заявлением, предусмотренным п. 10.2.5. настоящих Полисных условий;
- если Страхователь не сообщил об изменении в сведениях о Застрахованных, указанных Страхователем при заключении Договора страхования и в период оценки риска, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;
- неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в сроки, указанные в Договоре страхования;
- недоказанности факта наступления страхового случая;

- непризнания события страховым случаем в соответствии с Разделом 4 настоящих Полисных условий или в соответствии с исключениями, указанными в Приложениях к настоящим Полисным условиям;
- в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ.

10.3.5. организовывать проведение повторного медицинского освидетельствования и/или независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;

10.3.6. отсрочить выплату в случаях необходимости направить запрос(ы) в компетентные органы, в том числе:

- в медицинские учреждения любой организационно - правовой формы, включая департаменты здравоохранения и министерства здравоохранения;
- в правоохранительные органы;
- в государственную инспекцию безопасности дорожного движения;
- центр занятости;
- в структурные подразделения прокуратуры РФ.

10.3.7. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, и/или требовать расторжения Договора страхования;

10.3.8. в случае если Страхователь не подпишет дополнительное соглашение к Полису страхования жизни и/или не оплатит дополнительный страховой взнос до срока, указанного в дополнительном соглашении к Полису страхования жизни для оплаты дополнительного страхового взноса, и Договор страхования будет признан незаключенным, удержать из возвращаемой Страхователю страховой премии (первого страхового взноса) произведенные расходы на медицинское обследование Застрахованного (в случае проведения);

10.3.9. иные права, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

10.4. **Страховщик обязан:**

10.4.1. по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) выдать ему на бумажном носителе без взимания дополнительной платы заверенные копии настоящих Полисных условий с Приложениями и Памятки по Договору накопительного страхования жизни, а также копии иных документов, созданных в электронной форме в процессе заключения, изменения, исполнения, досрочного прекращения договора страхования;

10.4.2. в случае признания наступившего события страховым случаем произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Полисными условиями, после получения всех необходимых документов и составления страхового акта;

10.4.3. сообщить Страхователю/Выгодоприобретателю в письменной форме решение об отказе или об отсрочке принятия решения о страховой выплате с обоснованием причин. Решение об отсрочке принятия решения может быть сообщено Страхователю/Выгодоприобретателю по электронной почте или посредством телефонной связи, путем уведомления через Личный кабинет;

10.4.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем, кроме передачи необходимого объема сведений в другую страховую или перестраховочную организацию в случае передачи в перестрахование заключенного Договора страхования;

10.4.5. в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме) сообщить Страхователю о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, предусмотренных п. 5.9. настоящих Полисных условий;

10.4.6. удержать налог на доходы физических лиц в случаях, предусмотренных ст. 213 НК РФ;

10.4.7. в случае необходимости проведения медицинского обследования Застрахованного лица – уведомить Страхователя о необходимости прохождения Застрахованным лицом такого медицинского обследования, порядке и условиях его проведения;

10.4.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Полисными условиями, Договором страхования.
10.5. Страховщик не осуществляет сбор документов, необходимых для предоставления Страховщику в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие Договора страхования прекращается:
11.1.1. в случае истечения срока действия Договора;
11.1.2. в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
11.1.3. в случае если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
11.1.4. в случае если в указанный в Договоре страхования срок Страхователем не оплачен очередной страховой взнос в полном объеме;
11.1.5. в случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования. Перемена лиц в обязательствах оформляется соглашением между Страховщиком, Застрахованным и новым Страхователем.
11.1.6. в иных случаях, предусмотренных настоящими Полисными условиями, Приложениями к Полисным условиям, Договором страхования и действующим законодательством.
11.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:
11.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика на основании п. 10.3.3. настоящих Полисных условий.
11.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.
При этом досрочное расторжение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала Договора страхования (Полиса). Договор считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или дня получения заявления Страховщиком, если дата расторжения Договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата расторжения Договора страхования является более ранней, чем дата получения заявления Страховщиком.
11.3. В случае досрочного расторжения или прекращения Договора страхования Страхователю выплачивается выкупная сумма, определяемая согласно Таблице выкупных сумм, указанной в Договоре страхования. При единовременной оплате – на дату расторжения Договора страхования. При оплате страховой премии в рассрочку – на дату последнего оплаченного страхового взноса или дату расторжения Договора страхования, в зависимости от того, какая из дат является более ранней.
11.4. В случае прекращения действия Договора страхования до окончания периода оценки страхового риска или после его окончания в соответствии с п. 5.5.4.1. настоящих Полисных условий, Страхователю выплачивается следующие суммы:

- по основным программам страхования «Смешанное страхование жизни», «Дожитие с возвратом страховых взносов в случае смерти Застрахованного», - 0% от сформированного в установленном порядке страхового резерва на дату расторжения Договора страхования;
- по остальным дополнительным программам страхования (страховым рискам) уплаченную страховую премию в полном объеме, за вычетом суммы произведенных расходов Страховщика, (а также за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации).

11.5. В случае прекращения действия Договора страхования в связи со смертью Страхователя, не являющегося Застрахованным, если Договором страхования не предусмотрено иное, сумма, подлежащая возврату, выплачивается законным наследникам или правопреемникам Страхователя. Договор страхования не прекращается, и суммы не выплачиваются, если Застрахованный или другое лицо принимают на себя

обязательства Страхователя по Договору страхования. Перемена лиц в обязательствах оформляется соглашением между Страховщиком, Застрахованным и новым Страхователем.

11.6. В случае прекращения действия Договора страхования в связи со смертью Застрахованного, также являющегося Страхователем, которая не признана страховым случаем, сумма, подлежащая выплате при расторжении Договора страхования, выплачивается установленному Договором страхования Выгодоприобретателю на случай смерти Застрахованного либо законным наследникам Застрахованного. В случае прекращения действия Договора страхования в связи со смертью Застрахованного, не являющегося Страхователем, которая не признана страховым случаем, сумма, подлежащая выплате при расторжении Договора страхования, выплачивается Страхователю.

11.7. В случае признания Договора страхования недействительным в соответствии с пп. 4.3., 5.4., 7.4. настоящих Полисных условий, Страхователю возвращается оплаченная страховая премия.

11.8. Все выплаты по настоящим Полисным условиям осуществляются за вычетом относящихся к ним пошлин, налогов и сборов, если они предусмотрены на момент осуществления выплаты действующим законодательством Российской Федерации.

11.9. Для получения суммы, подлежащей выплате при прекращении действия/расторжении Договора страхования, Страховщику должны быть представлены:

- оригинал Договора страхования, приложений и дополнительных соглашений к нему;
- соответствующее заявление Страхователя с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- документ, удостоверяющий личность получателя;
- документы, подтверждающие право на наследство или правопреемство;
- копию свидетельства о постановке получателя на налоговый учет.

11.10. Выкупная сумма/часть страховой премии выплачивается в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

11.11. Если Договор страхования номинирован в валюте, выплата выкупной суммы/возврат части страховой премии производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

11.12. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 6.4. настоящих Полисных условий, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и оплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

12. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА

12.1. Дополнительная страховая сумма может быть начислена Страховщиком только по страховому риску «Дожитие».

12.2. По итогам истекшего календарного года Страховщик может объявить Дополнительную норму доходности путем публикации её на официальном сайте Страховщика.

12.3. Объявление дополнительных норм доходности происходит по истечении сроков, установленных законодательством РФ для сдачи годовой отчетности.

12.4. Дополнительная страховая сумма по Договору страхования определяется на основании объявленных Страховщиком дополнительных норм доходности и рассчитывается на основании:

- величины страхового резерва на конец календарного года, предшествующего году, за которой была объявлена норма доходности; если страховая премия по Договору уплачивается в рассрочку, то Дополнительная страховая сумма начисляется только при условии, что Договор действовал на начало календарного года, за который производится начисление инвестиционного дохода; если страховая премия по Договору уплачивается единовременно, и договор заключен в течение календарного года, за

который начисляется Дополнительная страховая сумма, то в качестве базы для начисления берется страховой резерв на начало срока действия Договора;

- величины Дополнительной страховой суммы на конец календарного года, предшествующего году, за который была объявлена норма доходности.

12.5. Дополнительная страховая сумма начисляется в следующем порядке:

12.5.1. в случае, если срок действия Договора страхования истек до момента объявления Дополнительной нормы доходности, но после окончания календарного года, для которого производится расчет Дополнительной страховой суммы, Дополнительная страховая сумма за полный прошедший календарный год, а также за прошедшую часть текущего года, начисляется по текущей норме доходности, устанавливаемой Страховщиком;

12.5.2. в случае досрочного прекращения действия/расторжения Договора страхования Дополнительная страховая сумма не начисляется и не выплачивается.

13. ФОРС-МАЖОР

13.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) выполнение обязанностей по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

13.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств Страховщик немедленно информирует Страхователя о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

14. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

14.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных в соответствии с настоящими Полисными условиями, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

14.2. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, обязан обратиться к финансовому уполномоченному.

24

Приложение № 1 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1. Обеспечиваемые в рамках Программы медицинского страхования «Телемедицина» (далее – Программа) услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованному посредством интерактивного мобильного приложения «RenLife» (далее – «Сервис») Врачами и иными специалистами Сервиса медицинских консультаций по вопросам здоровья в режиме реального времени.

1.2. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

1.3. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.3.1. **Медицинские услуги:**

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием Сервиса, проводимые Врачами, а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в Сервисе онлайн;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

1.3.2. Информационные услуги:

- справочник лекарств,
- дневник приема лекарств,
- дневник беременности,
- дневник менструаций,
- мониторинг показателей,
- хранение документов (справок, рецептов, медицинских заключений и т.д.).

1.4. Услуги, указанные в п.1.3.1. настоящей Программы страхования предоставляются в течение 3 (трех) лет с даты начала срока действия Договора страхования. Услуги, указанные в п.1.3.2. настоящей Программы страхования предоставляются с даты вручения Страхователю Договора страхования до момента истечения срока действия Договора страхования.

1.5. Услуги не оказываются:

1.5.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.5.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом; услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;

1.5.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

1.6. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации при отсутствии таковой (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

2. ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕРВИСА

2.1. До заказа Услуг, предусмотренных Программой, Застрахованный проходит процесс предварительной регистрации в Сервисе. При регистрации Застрахованный обязан предоставить согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и Сервисной компании.

2.2. Оказание Услуг осуществляется с использованием мобильного телефона Застрахованного, соответствующего следующим техническим требованиям:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 или выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями и программным обеспечением не ниже IOS 9;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 или выше;
- любой телефон, если пользователь обращается за оказанием услуг не через сеть Интернет.

2.3. Видеоконсультация предоставляется только посредством использования мобильного приложения.

2.4. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

2.5. Для активации Сервиса Застрахованному необходимо:

- скачать мобильное приложение «RenLife» в App store / Play market;
- Зарегистрироваться в Сервисе (указать логин, пароль, ФИО и дату рождения, а также номер телефона).

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

3.1. Для получения предусмотренных Программой услуг Застрахованному лицу необходимо обратиться в Сервисную компанию с помощью Сервиса.

3.2. Все запросы на консультацию должны быть сформулированы Застрахованным в ясной форме, позволяющей однозначно определить суть вопроса, а также содержать информацию обо всех существенных обстоятельствах, являющихся его предметом. В случае непредставления достаточных сведений для оказания услуг, Сервисная компания вправе запросить у Застрахованного лица дополнительные сведения и/или документы.

3.3. До оказания Услуги Застрахованный должен предоставить Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, с использованием Сервиса пересылает Врачу копии необходимых документов. Консультация Врача предоставляется исходя из сведений, сообщённых Застрахованным лицом при обращении в Сервисную компанию.

3.4. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

3.5. Услуги, оказываемые в рамках Программы, не предполагают постановки диагноза, предоставления заключения о состоянии здоровья, определения видов и методов обследования, назначения лечения (назначение препаратов, рекомендации по использованию медицинских изделий, определение тактики лечения), прогнозирования развития болезни и эффективности выбранного метода лечения вместо лечащего врача Застрахованного лица. Информация медицинского характера, получаемая Застрахованным лицом, предназначена для обсуждения с лечащим врачом Застрахованного лица.

3.6. При оказании Услуги, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований или иных медицинских манипуляций, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки, подтверждения или уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

3.7. Для получения предусмотренных Программой Услуг с использованием Сервиса Застрахованному необходимо выполнить следующие действия:

3.7.1. Войти в мобильное приложение и перейти в соответствующий раздел;

3.7.2. Выбрать необходимого Врача или иного специалиста и осуществить запись.

3.7.3. Перед консультацией рекомендуется проверить разрешения мобильного телефона на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

3.7.4. Заблаговременно, до начала консультации, Застрахованному необходимо войти в мобильное приложение. К моменту начала консультации в соответствии со временем, на которое Застрахованным была осуществлена запись, приложение должно оставаться активным на мобильном телефоне.

3.7.5. Дождаться, когда Врач или иной специалист, к которому осуществлена запись, свяжется с Застрахованным (будет открыто окно консультации) с использованием Сервиса. Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, Застрахованный по каким-то причинам не авторизован в Сервисе (не находится онлайн), Врач или иной специалист предпринимает 3 попытки связаться с Застрахованным путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанный при регистрации. В случае, если Врач или иной специалист не смог связаться с Застрахованным ни через Сервис, ни с помощью мобильного телефона, консультация закрывается.

3.7.6. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу или иному специалисту текстовые сообщения и изображения.
3.7.7. Когда Врач или иной специалист будет связываться с Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.
Консультация начинается после выбора способа связи и длится до 30 минут.
3.8. Застрахованный должен соблюдать инструкции, рекомендации, которые будут сообщены исполнителем медицинских услуг (Врачом), а также переданы в письменном виде (при обмене электронными сообщениями через веб-платформу или мобильное приложение), в том числе предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу или иному специалисту) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу или иному специалисту) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.
3.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
3.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.

Приложение № 2 к Полисным условиям
по программе страхования «Гармония
жизни» утвержденных приказом
от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЗАЩИТА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ» ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящим Дополнительным программам страховыми рисками являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. если Страхователь и Застрахованный являются разными лицами (дополнительная программа «Защита страховых взносов»):

1.1.1. Смерть Страхователя по любой причине (далее – «Смерть ЛП»);

1.1.2. Инвалидность Страхователя 1-й группы по любой причине (далее — «Инвалидность ЛП»).

1.2. если Страхователь и Застрахованный одно лицо (дополнительная программа «Освобождение от уплаты страховых взносов»):

1.2.1. Инвалидность Страхователя 1-й группы по любой причине (далее — «Инвалидность ЛП»).

2. ДЕЙСТВИЕ ПРОГРАММЫ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Страховщик предоставляет на определенный период освобождение от уплаты очередных страховых взносов по Основной программе страхования в соответствии с Дополнительными программами «Защита страховых взносов» и «Освобождение от уплаты страховых взносов» в случае наступления событий, указанных в п. 1 настоящего Приложения:

2.1.1. Программа «Защита страховых взносов» - освобождение от уплаты очередных страховых взносов предоставляется только по Основной программе, на иные Дополнительные программы страхования, включенные в Договор страхования, действие данной программы не распространяется.

2.1.2. Программа «Освобождение от уплаты страховых взносов» - освобождение от уплаты очередных страховых взносов предоставляется только по Основной программе и Защитному пакету, на иные Дополнительные программы страхования, включенные в Договор страхования, действие данной программы не распространяется.

2.1.3. Освобождение от уплаты страховых взносов по программам «Защита страховых взносов» и «Освобождение от уплаты страховых взносов» предоставляется только при условии, что указанные события произошли до даты оплаты очередного страхового взноса при отсутствии задолженности по оплате страховых взносов за предыдущие периоды.

2.2. Период, на который Страхователь освобождается от уплаты очередных страховых взносов, составляет:

2.2.1. в случае смерти Страхователя – с даты оплаты очередного страхового взноса, следующей за датой смерти Страхователя, до конца срока действия Договора страхования.

2.2.2. в случае установления Страхователю 1 группы инвалидности – с даты оплаты очередного страхового взноса, следующей за датой установления Страхователю инвалидности, до окончания срока, на который установлена инвалидность. При этом продление 1 группы инвалидности будет являться причиной продления действия Дополнительных программ страхования «Защита страховых взносов» и «Освобождение от уплаты страховых взносов» только в том случае, если инвалидность продляется по тому самому событию, которое явилось причиной для установления инвалидности изначально, и установленная инвалидность 1-й группы является непрерывной.

2.2.3. В случае наступления последовательности событий: установление инвалидности 1 группы Страхователю – смерть Страхователя, признанными страховыми событиями, период освобождения от уплаты страховых взносов по программе «Защита страховых взносов» продлевается до конца срока действия Договора страхования.

2.3. В течение периода, на который Страхователь освобождается от уплаты очередных страховых взносов по программе «Защита страховых взносов», действует только Основная программа страхования.

В течение периода, на который Страхователь освобождается от уплаты очередных страховых взносов по программе «Освобождение от уплаты страховых взносов», действуют только Основная программа страхования и Защитный пакет.

Иные Дополнительные программы страхования, включенных в Договор страхования, прекращают свое действие с даты оплаты Страховщиком, указанной в Договоре страхования, очередного страхового взноса, следующего за датой наступления события, указанного в п. 1. настоящего Приложения, признанного страховым случаем.

По согласованию со Страховщиком действие иных Дополнительных программ, включенных в Договор страхования, может быть продолжено, в случае, если Страхователь до дня окончания срока страхования по Дополнительным программам направит письменное заявление Страховщику и продолжит оплачивать страховую премию по этим программам самостоятельно.

2.4. Срок страхования по настоящим программам страхования прекращается:

2.4.1. в случае истечения срока действия Договора страхования;

2.4.2. в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Страхователем возраста 60 (шестидесяти) лет для женщин и 65 (шестидесяти пяти) лет для мужчин;

2.4.3. с даты оплаты Страховщиком первого страхового взноса за Страхователя при наступлении соответствующего события, указанного в настоящих условиях, признанного страховым.

2.5. По Дополнительной программе «Защита страховых взносов» на момент страхового случая по страховому риску «Смерть ЛП» иные обязанности Страхователя, за исключением обязанности по уплате очередных страховых взносов, возлагаются на Застрахованного. Перемена лиц в обязательствах оформляется соглашением между Страховщиком и новым Страхователем.

2.6. Страховой суммой по Дополнительной программе «Защита страховых взносов» является сумма очередных страховых взносов по Основной программе, дата оплаты которых приходятся на период, установленный в соответствии с п. 2.2. настоящего Приложения.

Страховой суммой по Дополнительной программе «Освобождение от уплаты страховых взносов» является сумма очередных страховых взносов по Основной программе и Защитному пакету, даты оплаты которых приходятся на период, установленный в соответствии с п. 2.2. настоящего Приложения.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящим Дополнительным программам Страхователь (Выгодоприобретатель), обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

3.1.1. **Выгодоприобретатель в связи со случаем по страховому риску «Смерть ЛП»:**

– копию Договора страхования, приложений и всех дополнительных соглашений к нему;

– заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Выгодоприобретателя;

– копию документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;

– нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;

– нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;

– копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением, его выдавшим, либо нотариально заверенную копию;

– свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (для наследников);

– заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;

– заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;

– копию акта судебно-медицинского исследования/Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;

– документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу; копии протокола об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о дорожно-транспортном происшествии);

– копию свидетельства о постановке Выгодоприобретателя на налоговый учет.

3.1.2. **Страхователь при наступлении страхового случая по страховому риску «Инвалидность ЛП»:**

– оригинал или копию Договора страхования (Полиса), приложений и всех дополнительных соглашений к нему;

– заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;

– копию документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

– оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;

– оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);

– заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;

– заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;

– рентгеновские снимки, снимки КТ/МРТ;

– документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/приговора суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о дорожно-транспортном происшествии);

– копию свидетельства о постановке Страхователя на налоговый учет.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа,

а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

– в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;

– если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;

– в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по программам «Защита страховых взносов» и «Освобождение от уплаты страховых взносов» Страхователю направляется письменное уведомление либо уведомление через Личный кабинет (если там содержится информация о возможности получения таких уведомлений), содержащее следующую информацию: дата начала периода освобождения от уплаты взносов; срок освобождения от уплаты взносов; дата предоставления и список документов, подтверждающих непрерывность нетрудоспособности (по страховому случаю «Инвалидность ЛП»), другую необходимую информацию.

3.5. Страхователь обязан по требованию Страховщика предоставлять в установленные Страховщиком в уведомлении сроки необходимые доказательства непрерывности нетрудоспособности (подтверждения 1-ой группы инвалидности). Если инвалидность продолжается свыше 2 (двух) полных лет, Страховщик не будет требовать предъявления такого доказательства чаще, чем 1 (один) раз в год. Если Страхователь не предоставит вышеуказанных доказательств в сроки, установленные в уведомлении Страховщика, то он обязан с этого момента платить все полагающиеся по Договору страхования страховые взносы.

3.6. По настоящим Дополнительным программам предусмотрена временная франшиза – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни Страхователя, не признается страховым случаем.

На страховое событие, наступившее в результате несчастного случая, действие временной франшизы не распространяется.

Размер франшизы по настоящим Дополнительным программам указывается в Договоре страхования.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 3 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ЗАЩИТНЫЙ ПАКЕТ

По тексту настоящего Приложения используются следующие определения:

Выгодоприобретателями по Дополнительным программам, входящим в Защитный пакет, являются Застрахованные.

В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям, пропорционально указанным в Договоре страхования долям. Если Выгодоприобретатели не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством РФ, в этом случае страховая выплата производится им пропорционально их наследственным долям.

Госпитализация — круглосуточное пребывание в стационаре для проведения лечения Застрахованного, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем или болезнью.

Застрахованными по Дополнительным программам, входящим в Защитный пакет, являются законные супруг(а) Страхователя при условии, что возраст супруга (супруги) на дату заключения Договора страхования не менее 18 лет и не более 65 лет на момент окончания срока действия Договора (далее – Застрахованный) и дети Страхователя, в том числе усыновленные (удочеренные) в соответствии с действующим законодательством, в возрасте от 1 года на момент заключения Договора страхования и не более 18 лет на момент окончания срока действия Договора (далее – Застрахованный ребенок).

Исключение составляет Дополнительная программа «Рентная выплата», **Застрахованным** по ней является законный супруг(а) Страхователя на дату страхового события по Дополнительной программе страхования «Освобождения от уплаты страховых взносов».

Телесное повреждение — нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей, возникших в результате воздействия различных факторов внешней среды, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Раздел 5 соответствующей Дополнительной программы), произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

Хирургическое вмешательство — оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в период срока страхования несчастным случаем и/или болезнью, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Раздел 5 соответствующей Дополнительной программы.

Хирургические вмешательства подразумевают способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионожа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическое вмешательство должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

Защитный пакет может включать в себя следующие Дополнительные программы страхования:

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ (Вариант 1)»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Госпитализация Застрахованного, наступившая в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов».

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, законный представитель Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста, или сам Застрахованный обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- доверенность на представителя Страхователя / законного представителя Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность указанных представителей и/или документ, подтверждающий родство с Застрахованным или усыновление/удочерение/опекунство/попечительство.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю) со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится в размере 0,2% от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Госпитализация Застрахованного, наступившая в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»), указанной в Договоре страхования, за каждые сутки госпитализации, начиная с 8-х (восьмых) суток, вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не более чем за 30 (тридцать) суток по одному страховому случаю, и не более чем за 120 (сто двадцать) суток госпитализации за каждый страховой год по всем страховым случаям. Повторная госпитализация (повторные госпитализации) в связи с одним и тем же несчастным случаем или болезнью (заболеванием) будет рассматриваться как один страховой случай с применением соответствующих ограничений по сроку госпитализации по одному страховому случаю.

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. По настоящей Дополнительной программе предусмотрена временная франшиза – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни Застрахованного, не признается страховым случаем.

На страховое событие, наступившее в результате несчастного случая, действие временной франшизы не распространяется.

Размер франшизы по настоящей Дополнительной программе указывается в Договоре страхования.

3.7. Страховые выплаты не осуществляются за время пребывания Застрахованного в стационаре для проведения медицинского обследования; проживания Застрахованного в клинике или санатории, доме отдыха, на курорте, в том числе для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ХИРУРГИЯ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ (Вариант 1)»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Хирургические вмешательства Застрахованному, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства», наступившие в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов».

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, законный представитель Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста, или сам Застрахованный обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1);
- доверенность на представителя Страхователя / законного представителя Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность указанных представителей и/или документ, подтверждающий родство с Застрахованным или усыновление/удочерение/опекунство/попечительство.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1. настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;

– в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится Застрахованному с учетом п.9.12 Полисных условий в соответствующем проценте от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Хирургические вмешательства Застрахованному, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства», наступившие в период освобождения от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»). Таблица страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства» приведена в Разделе 5 настоящей Дополнительной программы.

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. По настоящей Дополнительной программе предусмотрена временная франшиза – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни Застрахованного, не признается страховым случаем.

На страховое событие, наступившее в результате несчастного случая, действие временной франшизы не распространяется.

Размер франшизы по настоящей Дополнительной программе указывается в Договоре страхования.

3.7. В случае если во время одного хирургического вмешательства Застрахованному проводятся две и более хирургические операции, предусмотренные Таблицей страховых выплат, то страховым случаем

признается только одна операция, произведенная в результате этого хирургического вмешательства, по которой предусмотрен наибольший процент в соответствии с Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства».

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

5. ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКУ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА»

Код, описание операции	Размер выплаты в % от страховой суммы
А. Нервная система	
А 01 Обширное иссечение ткани мозга (не менее одной доли мозга)	100%
А 02 Иссечение поражённого участка ткани мозга	75%
А 03 Стереотаксическая операция на ткани мозга	65%
А 04 Прочие открытые операции на ткани мозга	40%
Желудочек головного мозга и субарахноидальное пространство	
А 05 Создание соединения с желудочком головного мозга	30%
Черепно-мозговые нервы	
А 06 Интракраниальное пересечение черепно-мозгового нерва	40%
Спинной мозг и прочее содержание спинного канала	
А 07 Частичная экстирпация спинного мозга	75%
А 08 Прочие открытые операции на спинном мозге, кроме диагностических процедур	75%
А 09 Операции на корешке спинномозгового нерва	30%
Периферические нервы	
А 10 Иссечение цервикального симпатического нерва	30%
А 11 Химическое разрушение симпатического нерва	30%
А 12 Криотерапия симпатического нерва	30%
А 13 Радиочастотное управляемое тепловое разрушение симпатического нерва	30%
В. Эндокринная система и грудная область	
Гипофиз и шишковидная железа	
В 01 Операции на гипофизе	50%
В 02 Операции на шишковидной железе	30%
Щитовидная железа	
В 03 Удаление всей щитовидной железы	50%
В 03-1 Резекция доли щитовидной железы	25%
Прочие эндокринные железы	
В 04 Резекция тимуса	25%
В 05 Операции на гормонпродуцирующей ткани надпочечника, кроме диагностических процедур	30%
В 06 Резекция надпочечника	40%

Молочная железа	
B 07 Тотальная резекция молочной железы	50%
B 08 Секторальная резекция молочной железы	20%
C. Глазное яблоко	
Глазница	
C 01 Пластика глазницы	50%
C 02 Рассечение глазницы	50%
C 03 Прочие операции на глазнице	50%
Слёзный аппарат	
C 04 Бужирование слезоотводящего канала вне зависимости от количества процедур	10%
Мышцы глазного яблока	
C 05 Операции на мышце (одной) глазного яблока	2%
C 06 Операции на роговице	15%
C 07 Операции по прикреплению сетчатки	15%
C 08 Протез хрусталика	15%
C 09 Операции на стекловидном теле	20%
Примечание: При выплате по кодам C 07, C 08, C 09, код таблицы C 06 не применяется!	
D. Ухо	
Сосцевидный отросток и среднее ухо	
D 01 Операции на слуховых косточках одного уха	25%
Внутреннее ухо	
D 02 Операции на вестибулярном аппарате	30%
D 03 Операции на внутреннем ухе	30%
E. Дыхательные пути	
E 01 Резекция глотки	50%
E 02 Резекция гортани	50%
E 03 Частичная резекция трахеи	50%
E 04 Открытые операции на трахее, кроме наложения трахеотомических отверстий	50%
Примечание: при выплате по коду E 03, код E 04 не применяется	
Лёгкое и средостение	
E 05 Трансплантация лёгкого	75%
E 06 Открытые операции на средостении, кроме диагностических процедур	50%
F. Ротовая полость	
Слюнный аппарат	
F 01 Операции на слюнном протоке	15%
G. Верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
Пищевод	
G 01 Резекция пищевода и желудка	75%
G 02 Тотальная резекция пищевода	65%
G 03 Частичная резекция пищевода	50%
G 04 Фиброоптическая эндоскопическая экстирпация повреждённого участка пищевода	50%
Желудок и верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
G 05 Тотальная резекция желудка	65%

G 06 Частичная резекция желудка	50%
G 07 Соединение желудка и двенадцатиперстной кишки (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%
G 08 Соединение желудка с транспонированной тощей кишкой (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%
G 09 Прочие соединения желудка с тощей кишкой (прочие анастомозы)	10%
Двенадцатиперстная кишка	
G 10 Резекция двенадцатиперстной кишки	40%
G 11 Лапаротомические (открытый доступ) операции по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, исключая резекцию двенадцатиперстной кишки	30%
Подвздошная кишка	
G 12 Резекция подвздошной кишки	40%
G 13 Открытая экстирпация повреждённого участка подвздошной кишки	40%
Примечание: при выплате по коду G 12, код G 13 не применятся	
H. Нижние отделы желудочно-кишечного тракта	
Толстая кишка	
H 01 Тотальная резекция толстой кишки и прямой кишки	75%
H 02 Тотальная резекция толстой кишки	50%
H 03 Расширенная резекция правого отдела толстой кишки	50%
H 04 Прочие операции по резекции правого отдела толстой кишки (кроме аппенедектомии)	50%
H 05 Резекция поперечной толстой кишки	50%
H 06 Резекция левого отдела толстой кишки	50%
H 07 Резекция сигмовидной ободочной кишки	50%
H 08 Аппендектомия	15%
H 09 Эндоскопические операции на толстой кишке, кроме диагностических процедур	20%
Прямая кишка	
H 10 Резекция прямой кишки	65%
J. Прочие органы абдоминальной области, преимущественно желудочно-кишечного тракта	
Печень	
J 01 Трансплантация печени	100%
J 02 Частичная резекция печени	75%
Желчные протоки	
J 03 Эндоскопические манипуляции на сфинктере Одди	20%
Поджелудочная железа	
J 04 Трансплантация поджелудочной железы	100%
J 05 Тотальная резекция поджелудочной железы	100%
J 06 Резекция головки поджелудочной железы	40%
J 07 Экстирпация поражённого участка поджелудочной железы, кроме резекции головки поджелудочной железы	50%
J08 Операции на выводном протоке поджелудочной железы	30%
K. Сердце	
Перегородка и камеры сердца	
K 01 Трансплантация сердца и легкого	100%
K 02 Открытые операции на сердце по поводу проникающих ранений сердца	75%

К 03 Прочие виды трансплантации сердца	100%
К 04 Операции по поводу ранений крупных сосудов (грудной отдел аорты, легочная артерия, кроме коронарных артерий)	75%
К 05 Закрытие дефекта предсердно-желудочковой перегородки	50%
К 06Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межжелудочковой перегородке	50%
К 07 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межпредсердной перегородке	50%
К 08 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межжелудочковой перегородке	30%
К 09 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межпредсердной перегородке	30%
Клапаны сердца, артерии сердца и смежные структуры	
К 10 Закрытые (эндоваскулярные) операции на клапанах сердца	20%
К 11 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции на клапанах сердца	75%
К 12 Операции по разрешению гемоперикарда	10%
Коронарная артерия	
К 13 Эндоваскулярные операции на одной артерии сердца	20%
К 14 Аорто-коронарное шунтирование	75%
Прочие отделы сердца и перикарда	
К 15 Открытые операции на проводящей системе сердца	75%
К 16 Эндоваскулярные операции на проводящей системе сердца	20%
L. Артерии и Вены	
Крупные сосуды и лёгочная артерия	
L01 Создание шунта от аорты к лёгочной артерии с использованием протеза	50%
L02 Протезирование лёгочной артерии	50%
Аорта/сонные артерии/мозговые артерии	
L 03 Внеанатомическое шунтирование аорты	55%
L 04 Прочие виды реплантации сегмента аневризмы аорты	75%
L 05 Прочие виды шунтирования сегмента аорты	75%
L 06 Открытые операции на аорте	75%
L 07 Эндоваскулярные операции на аорте	40%
L 08 Эндоваскулярные операции на сонной артерии	30%
L 09 Операции на сонной артерии с открытым доступом	50%
L 10 Операции на аневризме мозговой артерии	50%
L 11 Открытые операции на мозговой артерии	50%
Абдоминальные ветви аорты	
L 12 Эндоваскулярные операции на почечной артерии	10%
L 13 Открытые операции на почечной артерии	40%
L 14 Открытые операции на прочих висцеральных ветвях брюшной аорты	20%
Подвздошные и бедренные артерии	
L 15 Открытая операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	45%
L 16 Эндоваскулярная операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	30%
L 17 Открытые операции по шунтированию подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	45%

L 18 Операция по установке протеза части подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 19 Открытая операция по ликвидации аневризмы бедренной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 20 Открытые операции по шунтированию бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
L 21 Операция по установке протеза части бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
M. Мочевая система	
M 00 Резекция одной почки	30%
M 01 Трансплантация почки	100%
Выходное отверстие мочевого пузыря и простата (M51-M70)	
M 02 Открытые полостные операции на мочевом пузыре	45%
M 03 Эндоскопические операции на мочевом пузыре	25%
S. Кожа	
S 01 Удаление злокачественных новообразований кожи, подтвержденных гистологическим исследованием	20%
S 02 Удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожно жировой клетчатки	5%
Плевра, грудная стенка и диафрагма	
T01 Открытые операции на плевральной полости, кроме дренирования плевральной полости	40%
T02 Открытая операция по резекции плевры	40%
T03 Открытые операции при разрыве диафрагмы	50%
T04 Операции по удалению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	30%
T05 Дренирование одной плевральной полости	5%
Примечание: при выплате по кодам T01, T02, T03, код таблицы T 05 не применяется!	
V. Кости и соединения черепа и позвоночного столба	
Черепные и лицевые кости	
V01 Операции по закрытию дефекта костей черепа	30%
V02 Открытая репозиция костных отломков в случае перелома верхней челюсти	20%
V03 Фиксация лицевой кости металлоконструкцией	10%
Челюсть и височно-челюстной сустав	
V04 Резекция нижней челюсти	50%
V05 Фиксация нижней челюсти металлоконструкцией	15%
V06 Открытые операции на височно-челюстном суставе	10%
Кости и суставы позвоночного столба	
V07 Открытые операции на шейном отделе позвоночного столба	30%
V08 Открытые операции на грудном отделе позвоночного столба	30%
V09 Открытые операции на поясничном отделе позвоночного столба	30%
V10 Открытая резекция шейного межпозвоночного диска	50%
V11 Открытая резекция грудного межпозвоночного диска	50%
V12 Открытая резекция поясничного межпозвоночного диска	50%
V13 Артродез сустава шейного отдела позвоночного столба	30%
V14 Артродез других суставов позвоночного столба	25%

V15 Фиксация металлоконструкцией перелома позвоночного столба	20%
V16 Биопсия позвоночного столба	1%
V17 Денервация фасетки сустава позвонка	10%
W. Прочие кости/суставы/сухожилия	
W00 Операция на ахилловом сухожилии	4%
W01 Операция на одной кости кисти с использованием металлоконструкции	5%
W02 Операция на одной кости стопы с использованием металлоконструкции	10%
W03 Операция на кости предплечья с использованием металлоконструкции	10%
W04 Операция на кости голени с использованием металлоконструкции	30%
W05 Операция на плечевой кости с использованием металлоконструкции	35%
W06 Операция на бедренной кости с использованием металлоконструкции	45%
W07 Трансплантация костного мозга	20%
Сустав	
W08 Артроскопия/дренирование одного (любого) сустава	1%
W09 Операция на акромиально-ключичном сочленении	3%
W10 Операция на внутрисуставных связках одного коленного сустава	4%
W11 Операция на менисках одного коленного сустава	5%
W12 Операция на тазобедренном суставе с тотальным его протезированием	60%
W13 Операция на коленном суставе с установкой протеза	45%
W14 Открытая репозиция при вывихах сустава	15%
X. Прочие операции	
X01 Реплантация верхней конечности	100%
X02 Реплантация нижней конечности	100%
X03 Реплантация другого органа	100%
X04 Имплантация протеза конечности	75%
X05 Ампутация верхней конечности	40%
X06 Ампутация нижней конечности	50%
X07 Дренирование полостей: брюшной, грудной, средостения, подкожно-жировой клетчатки, кроме плевральной	5%
X08 Санация брюшной полости	4%
X09 Санация малого таза	3%

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ИНВАЛИДНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО» (Вариант 1)

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Инвалидность Застрахованного, установленная в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»:

1.1.1. Присвоение Застрахованному до 18-ти лет категории «ребенок-инвалид» в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»;

1.1.2. Инвалидность Застрахованного 1 группы после достижения Застрахованным возраста 18-ти лет, установленная в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов».

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, законный представитель Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста, или сам Застрахованный обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:
- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид») или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;

- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1);
- доверенность на представителя Страхователя / законного представителя Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность указанных представителей и/или документ, подтверждающий родство с Застрахованным ребенком или усыновление/удочерение/опекунство/попечительство.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе.

3.6. По настоящей Дополнительной программе предусмотрена временная франшиза – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни Застрахованного, не признается страховым случаем.

На страховое событие, наступившее в результате несчастного случая, действие временной франшизы не распространяется.

Размер франшизы по настоящей Дополнительной программе указывается в Договоре страхования.

3.7. После осуществления страховой выплаты в отношении Застрахованного по которому произведена страховая выплата действие Договора страхования по настоящей программе прекращается в отношении данного застрахованного.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПЕРВИЧНОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Вариант 1)»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия) и настоящей Дополнительной программой:

1.1. Первичное диагностирование у Застрахованного одного из следующих смертельно опасных заболеваний, наступившее в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»:

1.1.1. **Для Застрахованного Ребенка в возрасте до 18 (восемнадцати) лет на момент заключения договора страхования**

1.1.1.1

Злокачественные опухоли (рак) — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования по настоящей Программе, включая:

– лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);

– лимфомы;

– болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;

– меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития $T_3N_0M_0$ по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;

– все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, базалиомы;

– все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;

– саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;

– рак предстательной железы стадии T_1 (включая $T_{1а}$, $T_{1б}$) по классификации TNM.

1.1.1.2. ***Бактериальный менингит.***

Воспаление оболочек головного и спинного мозга, подтвержденное специалистом, а также результатами специфических исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости, КТ или МРТ головного мозга).

.1.1.3. ***Доброкачественная опухоль головного мозга,*** - постоянное неврологическое расстройство/постоянный неврологический дефицит, развывшийся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли и проявляющееся в виде постоянного/пожизненного неврологического дефицита, стойкой неврологической симптоматики.. Для признания случая страховым обязательно выполнение всех нижеследующих критериев:

- Наличие опухоли подтверждается результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии или аналогичных подходящих методов визуализации.
- Наличие опухоли приводит к следующим последствиям: повышенное внутричерепное давление, впервые возникшие эпилептические приступы или объективно подтверждаемые двигательные или чувствительные нарушения.
- Опухоль

- послужила причиной оперативного вмешательства с целью полного ее удаления или попытки полного ее удаления, или
- послужила причиной проведения химиотерапии или радиотерапии, или
- достигла стадии, на которой возможно лишь паллиативное лечение.

Не являются страховыми случаями кисты, кальцификаты, гранулемы, мальформации артерий или вен головного мозга, гематомы.

Не являются страховыми также все случаи, в которых диагноз был поставлен или первые симптомы заболевания возникли в течение первых 90 дней после заключения (или любого восстановления) договора страхования.

1.1.14. ***Сахарный диабет I типа***

Хроническое нарушение углеводного, жирового и белкового обмена в результате дефицита инсулина.

Диагноз должен быть установлен педиатром и иметь признаки зависимости от экзогенного инсулина в течение как минимум 3 месяцев.

1.1.1.5. ***Острый энцефалит***

Воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной или вирусной этиологии, диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (анализами крови и цереброспинальной жидкости, КТ или МРТ головного мозга).

Кроме того, заболевание должно иметь следствием постоянную неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно и без посторонней помощи. Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

1.1.1.6. Черепно-мозговая травма – это повреждение головного мозга, , вызванное действием внешней механической силы, которое влечет гибель ткани головного мозга либо постоянное или временное нарушение когнитивных, физических и психосоциальных функций. Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования по настоящей Программе, включая:

- ушиб головного мозга (локальный, диффузный) 2 и 3 степени тяжести при сроках стационарного лечения (именно с этим диагнозом) от 14 дней.

Диагноз должен быть подтвержден результатами нейровизуализации (например, КТ, МРТ).

Оценка неврологической симптоматики должна проводиться спустя 3 месяца после травмы.

1.1.1.7. ***ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови***

Инфицирование Застрахованного Вирусом Иммунодефицита человека (ВИЧ) вследствие переливания крови, проведенного после начала действия договора страхования.

Для признания случая страховым обязательно выполнение обоих нижеследующих критериев:

– Медицинское учреждение, проводившее переливание крови, признало свою ответственность, или ответственность его была признана решением суда в последней инстанции.
– Страховщик должен иметь доступ ко всем образцам крови и возможность провести независимый анализ этих образцов.

Не являются страховыми следующие случаи:

– Инфицирование произошло по другой причине, в том числе при половых контактах или при употреблении внутривенных наркотиков.
– У Застрахованного имеется гемофилия.

1.1.1.8. ***Паралич двух конечностей***

Постоянная полная потеря функции двух и более конечностей в результате травмы или заболевания спинного мозга. Под конечностью понимают целиком всю руку или всю ногу

1.1.1.9. ***Тяжелые Ожоги***

Повреждение тканей, вызванное термическими, химическими или электрическими факторами, которые привели к:

- ожогам третьей степени или всей толщины кожи на более 20% площади поверхности тела, по результатам измерения согласно «правилу девяток» или таблицы площади поверхности тела Лунда и Браудера (2017), или
- ожогам третьей степени или всей толщины кожи на более 50% поверхности головы, или
- любая комбинация ожогов, соответствующая тяжести предыдущих двух пунктов.

– 1.1.2. **Для Застрахованного в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет**

1.1.2.1. **Злокачественные опухоли (рак)** — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой клетками нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

- Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования, но не ранее 90 дней с даты начала срока стархования.
- Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.
- Исключения из страхового покрытия:
- Не являются страховыми следующие заболевания -
- – опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ или гистологически описанные, как предраки;
- – саркома Капоши и любые другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
- – Болезнь Ходжкина;
- – все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, базалиомы;
- – рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1б) по классификации TNM..
- Меланома может быть признана страховым случаем, если данное заболевание однозначно диагностировано у застрахованного как злокачественная меланома с инвазией за пределы эпидермиса.
- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**
- – дисплазия шейки матки 1, 2, 3 стадии;
- – меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N0M0 по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
- – все эпителиально-клеточные раки кожи, базалиомы,
- – гипертрофия предстательной железы любой степени.
- – хроническая лимфоцитарная лейкемия;
- – эритроцитозы первичные и вторичные;

1.1.2.2. **Инфаркт миокарда** — остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

- Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:
- – изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда (появление Q-зубца);
- – значительное увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (тропонин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК и иные).

- подтвержденное снижение сократительной функции левого желудочка при ультразвуковом исследовании сердца (УЗИ сердца/ЭХО сердца), например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.

- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**

- инфаркты миокарда без изменения на ЭКГ (без изменения сегмента ST/без зубца Q), но с увеличением показателей тропонина I или T, КФК, ЛДГ и других биохимических показателей крови;

- ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда, нарушения ритма сердца;

1.1.2.3. **Инсульт** — острое нарушение кровообращения головного мозга с развитием стойких, пожизненных симптомов поражения центральной нервной системы, сохраняющихся более 24 часов.

- Геморрагический — при кровоизлиянии в головной мозг или под его оболочки (апоплексический удар, апоплексия).
- Ишемический инсульт, обусловленный прекращением или значительным снижением кровоснабжения участка мозга, вследствие спазма, тромбоза, эмболии.
- Наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено невропатологом по истечении минимум 3 месяцев после возникновения инсульта.
- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**
- – любые церебральные расстройства, вызванные любым видом мигрени;
- – церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии головного мозга;
- – сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- – преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- – приступы вертебробазилярной ишемии.
- – инсульты «по типу малого»;
- –инсульты, не подтвержденные инструментальными методами исследования – КТ/МРТ.

1.1.2.4. **Аорто-коронарное шунтирование** — прямое открытое оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии по меньшей мере двух коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и/или иными артериями и артериями, питающими сердце. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие результатов коронарной ангиографии.

- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**
- – баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- – применение лазера;
- – другие хирургические, транслюминальные (эндоваскулярные/чрезкожные/внутрисосудистые) и нехирургические виды лечения.

1.1.2.5. **Трансплантация основных органов** — пересадка Застрахованному сердца, легких, печени, почки, поджелудочной железы с 12-ти перстной кишкой, кишечника и его фрагментов или костного мозга.

- Трансплантация основных органов означает пересадку органа от человека к человеку, то есть пересадку от живого совместимого донора Застрахованному одного или нескольких следующих органов: почки, печени, сердца, легкого, поджелудочной железы, или трансплантацию костного мозга (с использованием гемопоэтических стволовых клеток с предварительной полной аблацией костного мозга реципиента). Трансплантация любых других органов, частей органов, тканей или клеток не является страховым случаем.
- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**
- – трансплантация других органов, кроме оговоренных в п. 2.2.7. настоящей Дополнительной программы, частей органов или какой-либо ткани;
- – любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
- - любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;
- - любая трансплантация, включающая в себя лечение стволовыми клетками;
- – трансплантация только островков Лангерганса поджелудочной железы;
- – любые анемии, лейкопении или тромбопении;
- – переливание крови, плазмы, и иных компонентов крови.

1.1.2.6. **Терминальная почечная недостаточность** — стадия необратимого хронического нарушения функции обеих или единственной почки и требующая проведения постоянного (программного, хронического) гемодиализа, перитонеального диализа.

1.1.2.7. **Паралич** — полное отсутствие двигательных функций двух и более конечностей в результате различных патологических процессов в центральной нервной системе. Диагноз должен быть подтвержден

врачом-невропатологом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза.

- **Не являются страховыми случаями и не будут признаны страховыми следующие патологические состояния/диагнозы:**
- – миастении любого типа;
- – синдром Гийена-Барре.

1.2. Датой первичного диагностирования заболевания считается дата установления врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного, его лечения (хирургического вмешательства) и данных гистологичеких/иммунногистохимичемских/инструментальных методов подтверждения диагноза, не ранее даты истечения периода ожидания, если он предусмотрен определением опасного заболевания (при параличе период ожидания — 6 (шесть) месяцев с момента постановки первоначального диагноза, при инсульте для постановки окончательного диагноза наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено невропатологом по истечении минимум 3 (трех) месяцев после возникновения инсульта).

1.3. В случае, если в период действия срока страхования по настоящей Программе наступило несколько событий, указанных в п. 1.1 настоящей Дополнительной программы, то страховым случаем может быть признано только одно из наступивших событий, а общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы по программе «Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания», указанной в Договоре страхования.

1.4. По настоящей Дополнительной программе устанавливается «Период ожидания» – период времени, начиная с 00:00 часов дня 1-го дня срока страхования, в течение которого любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода – не будет являться основанием для признания случая страховым. Данный период ожидания не применяется для пролонгированной Дополнительной программы страхования. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ

2.1. По настоящей программе в дополнение к исключениям, предусмотренным Разделом 4 Полисных условий, не являются страховыми случаями события, возникшие при наличии у Застрахованного следующих состояний (нарушений здоровья):

2.1.1. в отношении ***«рака»***:

Любые предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

2.1.2. в отношении ***«инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования»***:

Гипертония, стенокардия, артериосклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение.

2.1.3. в отношении ***«инсульта»***:

Гипертония, болезни клапанов сердца, преходящие нарушения мозгового кровообращения/ «малые инсульты», транзиторные ишемические атаки, гемофилия, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сахарный диабет, мигрени и иные виды головных болей, сосудистые внутричерепные аневризмы, аневризматичесакая болезнь головного мозга, артериосклероз, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий.

2.1.4. в отношении ***«почечной недостаточности»***:

Хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка, хронический пиелонефрит.

2.1.5. в отношении ***«трансплантации жизненно важных органов»***:

- применительно к сердцу и сердечно-легочному комплексу: болезни коронарных артерий, сердечная недостаточность, кардиомиопатия, гипертония, стенирование коронарных артерий, эндоваскулярное применение окклюдеров, спиралей;
- применительно к легким: легочная недостаточность, муковисцидоз;
- применительно к печени: диагностирование гепатита В или С, терминальная стадия хронического гепатита, первичный билиарный цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печеночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит;
- применительно к поджелудочной железе: сахарный диабет, панкреатит, муковисцидоз;
- применительно к почкам: хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка, хронический пиелонефрит;
- применительно к костному мозгу: любые виды анемий, лейкопении или тромбопении.

3. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

3.2. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

4. РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

4.1. При наступлении страхового случая страховая выплата производится единовременно, однократно, Застрахованному в размере 100% страховой суммы по данной программе, указанной в Договоре страхования, при условии дожития Застрахованного до истечения установленного периода выживания. Если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по данному страховому случаю не производится.

4.2. Период выживания устанавливается по всем заболеваниям и хирургическим вмешательствам, указанным в п. 1.1. настоящего Приложения, продолжительностью равной 1 (одному) месяцу в соответствии с условиями договора страхования, начиная с даты первичного диагностирования, кроме случаев, когда в соответствующих подпунктах п. 1.1. настоящей Дополнительной программы прямо предусмотрен иной срок периода выживания.

5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, законный представитель Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста, или сам Застрахованный обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копии карт амбулаторного больного/копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;
- копии карт стационарного больного/копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание. В

документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);

- доверенность на представителя Страхователя / законного представителя Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность указанных представителей и/или документ, подтверждающий родство с Застрахованным или усыновление/удочерение/опекунство/попечительство, свидетельство о рождении.

5.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

5.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящей программы страхования.

5.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

5.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе.

5.6. После осуществления страховой выплаты в отношении Застрахованного по которому произведена страховая выплата действие Договора страхования по настоящей программе прекращается в отношении данного Застрахованного.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (Вариант 1)»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. **Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», наступившие в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов».**

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВАЯ СУММА

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, законный представитель Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста, или сам Застрахованный обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- доверенность на представителя Страхователя / законного представителя Застрахованного, если он является ребенком, не достигшим 18-летнего возраста (при необходимости), оформленная в соответствии с действующим законодательством, а также копии документа удостоверяющего личность указанных представителей и/или документ, подтверждающий родство с Застрахованным или усыновление/удочерение/опекунство/попечительство, свидетельство о рождении.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится в соответствующем проценте от страховой суммы по страховому риску Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по настоящей Дополнительной программе (страховому риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», наступившие в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов», указанной в Договоре страхования, согласно Таблице страховых выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (Раздел 5 настоящей Дополнительной программы).

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

5. ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКУ «Телесные повреждения в результате несчастного случая».

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от гарантированной страховой суммы
	КОСТИ ЧЕРЕПА, НЕРВНАЯ СИСТЕМА	
1.	Перелом костей черепа: а) только наружной пластинки костей свода б) свода в) основания г) свода и основания *Примечание: При проникающих черепно-мозговых травмах производится дополнительная страховая выплата в размере 5% от страховой суммы*	 5 10 20 25
2.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние: а) внутримозговое б) эпидуральное в) субдуральное	 10 15 20
3.	а) Ушиб головного мозга (локальный, диффузный) средней и тяжелой степени при сроках стационарного лечения (именно с этим диагнозом) от 14 дней, подтвержденный дополнительными инструментальными методами исследования – МРТ, КТ. б) Сотрясение головного мозга при сроках стационарного лечения (именно с этим диагнозом) от 14 дней.	10 2
4.	Внутричерепная травма с продолжительным коматозным состоянием не менее 5 дней (страховая выплата производится без дополнительного учета других повреждений головы)	15
5.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев: а) частичный анатомический разрыв б) полный анатомический разрыв	 50 100
6.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев: а) частичный анатомический разрыв сплетения б) полный анатомический разрыв сплетения	 35 60
7.	Разрыв нерва/нервов: плечевого, срединного, лучевого, локтевого, бедренного, седалищного, большеберцового, малоберцового: а) частичный анатомический б) полный анатомический в) травматический неврит с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев	 5 10 5
8.	Травма нервного корешка позвоночника, исключая ушиб	7
9.	Клещевой энцефалит Факт укуса клещом не является основанием для выплаты по данному пункту *Примечание: Если в результате профилактической вакцинации развивается осложнение (инфицирование), то страховая выплата не производится*	10
	ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ	
10.	Паралич аккомодации одного глаза	7
11.	Гемианопсия одного глаза	10
12.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	15
13.	Сужение поля зрения, подтвержденное объективными методами исследования через 3 месяца после травмы	3

14.	Проникающее ранение в полость глазного яблока, посттравматический рубцовый трихиаз	10
15.	Эрозия роговицы посттравматическая	1
16.	Травматическое повреждение глаза, повлекшее за собой: а) снижение зрения на 50% и более от исходной остроты зрения б) полную потерю зрения одного глаза	 10 35
17.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, повреждение глаз, повлекшее за собой полную потерю зрения обоих глаз или единственного глаза, обладавших до травмы остротой зрения не ниже 0,1 (При остроте зрения до травмы ниже 0,1 пункт не применяется)	100
18.	Перелом стенки/стенок глазницы: а) не проникающий в полость черепа б) проникающий в полость черепа	 5 10
ОРГАНЫ СЛУХА		
19.	Травма слухового нерва, повлекшая за собой снижение слуха, подтвержденного аудиограммой: полная глухота (разговорная речь 0) на одно ухо	40
20.	Травматический разрыв барабанной перепонки, повлекший за собой снижение слуха и/или посттравматический отит, сохраняющийся не менее, через три месяца после травмы Примечание: Разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа не даёт основания для страховой выплаты по ст.20	7
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
21.	Перелом костей носа	2
22.	Перелом грудины	5
23.	Перелом ребер: а) одного б) двух ребер б) трех и более Прим: При переломах хрящевых частей ребер выплаты не осуществляются	 1 2 5
24.	Травматический пневмоторакс: а) односторонний б) двусторонний	 5 10
25.	Травматический гемоторакс: а) односторонний б) двусторонний	 5 10
26.	Травмы органов грудной полости, повлекшие за собой ношение трахеостомы не менее одного месяца после травмы	20
27.	Травмы органов грудной полости, повлекшие за собой посттравматическую пневмонию, посттравматический экссудативный плеврит (гидроторакс): а) с одной стороны б) с двух сторон	 5 10
28.	Перелом подъязычной кости, хрящей гортани	10
29.	Перелом подъязычной кости, хрящей гортани, повлекший за собой необратимую потерю голоса, наложение трахеостомы *Примечание: Если страховая выплата произведена по ст.29, то страховые выплаты по ст.28 не производятся*	30
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		

30.	Повреждение крупных периферических и/или крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой острую сердечно-сосудистую недостаточность с критическим снижением систолического артериального давления менее 60 мм рт ст	20
31.	Проникающее ранение грудной полости с ранением сердца или крупных магистральных сосудов впадающих или исходящих из сердца	45
32.	Травма сердца (ушиб): а) без кровоизлияния в полость сердечной сумки б) с кровоизлиянием в полость сердечной сумки (гемоперикард)	 15 25
	ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ	
33.	Перелом 6 зубов и более *Примечание: Перелом зуба считается потеря не менее 1/3 коронки. Перелом или потеря молочных зубов не является страховым случаем.*	10
34.	Перелом челюсти: а) скуловой кости и/или верхней челюсти б) нижней челюсти одинарный в) нижней челюсти двойной *Примечание: Если при переломе альвеолярного отростка имеется потеря зубов, то за его перелом страховая выплата не производится*	 3 5 10
35.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой: отсутствие челюсти *Примечание: Учтена и потеря зубов независимо от их количества*	40
36.	Повреждение языка, повлекшее за собой: а) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика) б) отсутствие языка на уровне средней трети в) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие	 5 15 40
37.	Травматическое повреждение пищевода (инородное тело, химические ожоги)	20
38.	а) Травма селезенки, потребовавшая удаления селезенки б) Подкапсульный разрыв селезенки	10 5
39.	Травма печени или желчного пузыря: а) потребовавшая удаления желчного пузыря б) потребовавшая резекции (удаление части) печени	 10 25
40.	Травма других органов брюшной полости, повлекшая за собой: а) удаление части желудка, части кишечника б) удаление желудка в) удаление части поджелудочной железы г) удаление желудка с частью кишечника или поджелудочной железы	 15 20 20 30
	МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА	
41.	Травма почки, повлекшая: а) ушиб почки, с наличием макрогематурии б) резекцию (удаление части) почки в) удаление почки г) наложения нефростомы д) посттравматическую острую почечную недостаточность	 1 20 35 30 25
42.	Травма мочеточника	3
43.	Травма мочеиспускательного канала с развитием дизурии, гематурии, повлекшая за собой: а) сужение (стриктуру) мочеиспускательного канала	 10

	б) непроходимость мочеиспускательного канала, потребовавшая наложение цистостомы	25
44.	Травма яичника, маточной (фаллопиевой) трубы, повлекшая: а) удаление (потерю) одного яичника, трубы и яичника б) удаление (потерю) двух яичников или двух труб	 10 25
45.	Травма матки, повлекшая за собой потерю матки у женщин в возрасте: а) до 40 лет б) с 40 до 50 лет в) с 50 лет и старше	 30 20 10
46.	Травматическая ампутация наружных половых органов: а) ампутация части полового члена б) ампутация всего полового члена в) ампутация обоих яичек г) ампутация одного яичка	 20 35 25 10
	ПОЗВОНОЧНИК	
47.	Перелом тел позвонков: а) одного б) двух в) трех и более г) перелом дуги позвонка и/или одного отростка	 5 10 15 2
48.	Перелом крестца, копчика Перелом крестца и копчика	5 7
49.	Травматический разрыв межпозвоночного диска	4
	ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ	
	ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА	
50.	а) Перелом ключицы б) Двойной перелом ключицы	5 7
51.	Перелом лопатки	5
	ПЛЕЧО, ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ	
52.	а) Перелом плечевой кости б) Двойной перелом плечевой кости без смещения в) Двойной перелом плечевой кости со смещением	7 10 15
53.	Травматическая ампутация верхней конечности на уровне: а) между плечевым и локтевым суставами б) плечевого сустава	 50 60
54.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне плечевого пояса и / или плеча, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне плечевого пояса и / или плеча, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
	ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ, ПРЕДПЛЕЧЬЕ	
55.	Перелом локтевой кости	5
56.	Перелом лучевой кости	
	а) в области верхней и средней трети	5
	б) в области нижней трети, дистального метаэпифиза (в типичном месте)	3
57.	Травматическая ампутация предплечья на уровне: а) между локтевым и лучезапястным суставами б) на уровне локтевого сустава	 40 50
58.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне локтя и /или предплечья, требующая их ушивания	2

	Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне локтя и /или предплечья, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%	
	ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, КИСТЬ	
59.	Перелом одной кости запястья	2
59. 1	Перелом одной пястной кости	2
60.	Множественные переломы запястных/пястных костей: а) перелом 3-х запястных/пястных костей б) более 4-х запястных/пястных костей	 5 7
61.	Перелом одного пальца кисти вне зависимости от количества сломанных фаланг	2
62.	Травматическая ампутация кисти на уровне костей запястья	50
63.	Травматическая ампутация пальца кисти: а) ампутация большого пальца (всех фаланг большого пальца) б) ампутация указательного пальца (всех фаланг указательного пальца) в) ампутация другого одного пальца (всех фаланг другого пальца, кроме большого и/или указательного) г) потеря минимум двух фаланг или одной фаланги большого пальца д) ампутация одной фаланги пальца, кроме большого пальца	 7 5 3 2 1
64.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне запястья, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне запястья, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
	НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ	
	ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ, БЕДРО	
65.	Перелом подвздошной кости: а) тела б) крыла	 7 5
66.	Перелом вертлужной впадины	10
67.	Перелом лобковой и /или седалищной кости	10
68.	Множественные переломы костей таза Примечание: При переломах нескольких костей таза выплата осуществляется по п. 68.	20
69.	Травматический разрыв лобкового симфиза (лонного сочленения) и/или крестцово-подвздошного сочленения (сочленений)	10
70.	Перелом бедренной кости: а) одинарный б) множественный (двойной, тройной и т.д.)	 10 15
71.	Вывих бедра	10
72.	Травматическая ампутация нижней конечности на уровне тазобедренного сустава и/или бедра: а) одного б) двух или единственного	 65 90
73.	Травма мышцы и/ или сухожилия области тазобедренного сустава и / или бедра, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне тазобедренного сустава и / или бедра, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	4
	КОЛЕННЫЙ СУСТАВ	
74.	Перелом надколенника	4
75.	Разрыв мениска	2
76.	Разрыв (внутренней и / или наружной) боковой связки коленного сустава	2

77.	Разрыв (задней и /или передней) крестообразной связки коленного сустава	2
78.	Травма нескольких структур коленного сустава - страховые выплаты суммируются, но не более	10
79.	Травматическая ампутация на уровне коленного сустава	50
80.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне колена, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне колена, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
ГОЛЕНЬ, ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ, СТОПА		
81.	Перелом большеберцовой кости	7
82.	Перелом малоберцовой кости	5
83.	а) Перелом лодыжки б) Перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости в) Перелом двух лодыжек с краем большеберцовой кости и/или с разрывом межберцового синдесмоза	3 7 10
84.	а) Разрыв пяточного (ахиллова) сухожилия, требующий его ушивания б) Повреждение пяточного сухожилия, не потребовавшее хирургического лечения	7 1
85.	Травматическая ампутация голени: а) одной б) двух или единственной	 40 60
86.	Перелом пяточной кости	5
87.	Перелом таранной кости	5
88.	Перелом кости плюсны и/или предплюсны	3
89.	Перелом одного пальца стопы вне зависимости от количества сломанных фаланг	3
90.	Множественные переломы стопы (более трех костей) - выплаты суммируются, но не более	10
91.	Травматическая ампутация стопы на уровне голеностопного сустава	30
92.	Травматическая ампутация пальца стопы: а) ампутация большого пальца (всех фаланг большого пальца) б) ампутация второго пальца (всех фаланг второго пальца) в) ампутация другого одного пальца (всех фаланг другого пальца, кроме большого и/или второго) г) потеря минимум двух фаланг или одной фаланги большого пальца д) ампутация одной фаланги пальца, кроме большого пальца	 7 5 3 2 1
93.	Травматическая ампутация других частей стопы на уровне: а) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев) б) плюсневых костей в) костей предплюсны	 9 20 30
94.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне голени, голеностопного сустава и / или стопы, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне колена, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
ТРАВМЫ, ЗАХВАТЫВАЮЩИЕ НЕСКОЛЬКО ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА		
95.	Множественные переломы (не менее 4-х костей), захватывающие несколько областей тела, - страховые выплаты суммируются, но не могут превышать 20%	
96.	Травматические ампутации, захватывающие несколько областей тела, - страховые выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 100%.	
ОТРАВЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ		

97.	Острое случайное отравление, в том числе возникшее при укусе ядовитого животного/насекомого или контакте с ним, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 3 7
ЭФФЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН		
98.	Поражение молнией, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 5 7
99.	Воздействие электрического тока, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 5 7

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ОЖОГАХ *

Площадь ожога в % от поверхности тела	**Степень ожога**		
	II	**III**	**IV**
	Размер выплаты в % от гарантированной страховой суммы		
6-9	3	5	6
10-20	10	14	16
21-30	20	25	28
31-40	35	40	50
41-60	60	70	70
61-90	80	90	100
более 90	100	100	100
Размер выплаты при ожогах лица и/или шеи в % от гарантированной страховой суммы			
1-2	2	4	5
3-4	5	7	9
5-6	8	12	15
7-8	10	15	20

*При расчете размера страховой выплаты, при отсутствии в медицинской документации точного определения размера пораженного участка тела применительно к конкретной степени ожогового поражения, Страховщик оставляет за собой право произвести расчет суммы страховой выплаты, путем вычисления среднего процентного значения из общей суммы размеров выплаты в % по каждой диагностированной степени тяжести.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕНТНАЯ ВЫПЛАТА»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Инвалидность Застрахованного 1 группы, установленная в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов»;

1.2. Смерть Застрахованного по любой причине, наступившая в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов».

2. ДЕЙСТВИЕ ПРОГРАММЫ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Страховщик осуществляет ежемесячные рентные платежи в пользу Застрахованного (Выгодоприобретателя) в соответствии с Дополнительной программой «Рентная выплата» в случае наступления событий, указанных в п. 1 настоящей Дополнительной программы:

2.2. Период, в течение которого Застрахованному (Выгодоприобретателю) производятся ежемесячные рентные платежи, составляет10 календарных лет с ближайшей даты оплаты очередного страхового взноса по настоящей Дополнительной программе страхования, следующей за датой наступления страхового случая.

2.3. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

3.1.1. При наступлении страхового случая по страховому риску «Инвалидность Застрахованного 1 группы, установленная в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов» Застрахованный обязан предоставить Страховщику:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт

стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;

- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1).

3.1.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «Смерть Застрахованного по любой причине, наступившая в период освобождения Страхователя от уплаты очередных страховых взносов, предоставленный Страховщиком Страхователю в соответствии с Дополнительной программой страхования «Освобождение от уплаты страховых взносов» Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;
- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением, его выдавшим, либо нотариально заверенную копию;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (для наследников);
- заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;
- заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;
- копию акта судебно-медицинского исследования/Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

– в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;

– если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного

разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;

– в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящей Дополнительной программы, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. При наступлении страхового случая по настоящей Программе выплата производится ежемесячно в размере 1/12 (одной двенадцатой) страховой суммы по настоящей программе.

3.6. По настоящей Дополнительной программе предусмотрена временная франшиза – период времени, в течение которого событие, имеющее признаки страхового случая и наступившее в результате болезни Застрахованного, не признается страховым случаем.

На страховое событие, наступившее в результате несчастного случая, действие временной франшизы не распространяется.

Размер франшизы по настоящей Дополнительной программе указывается в Договоре страхования.

3.7. После наступления страхового случая действие настоящей программы прекращается в отношении данного Застрахованного.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящей Дополнительной программой, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 4 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО ПРИЧИНЕ ПОТЕРИ СТРАХОВАТЕЛЕМ ПОСТОЯННОЙ РАБОТЫ ПО НЕЗАВИСЯЩИМ ОТ НЕГО ПРИЧИНАМ»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1.1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 3 настоящей Дополнительной программы:

1.1.1. дожитие Страхователя до следующего события: прекращение (расторжение) трудового договора по инициативе работодателя по основаниям, предусмотренным:

– п.1 части 1 ст.81 Трудового Кодекса Российской Федерации (далее - ТК РФ) и п.2 части 1 ст.81 ТК РФ (сокращение численности или штата работников организации или ликвидация организации);

– п.4 части 1 ст. 81 ТК РФ (смена собственника имущества организации в отношении Застрахованных руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера (в соответствии со ст. 75 ТК РФ). Указанный страховой риск распространяется только на руководителя, его заместителей и главного бухгалтера государственных и муниципальных предприятий, а также учреждений;

– п.2 части 1 ст.83 ТК РФ (восстановление на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда);

– п.9 части 1 ст.77 ТК (отказ работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем).

1.2. В случае признания события страховым случаем, датой наступления страхового случая по настоящей программе является день, следующий за последним днем работы Страхователя.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Страховщик предоставляет на определенный период освобождение от уплаты очередных страховых взносов по Договору страхования в соответствии с настоящей Дополнительной программой в случае наступления событий, указанных в п. 1 настоящего Приложения.

2.2. Период, на который Страхователь освобождается от уплаты очередных страховых взносов, составляет:

- 1 календарный год с ближайшей даты оплаты очередного страхового взноса, следующей за датой наступления страхового случая.

2.3. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

со 181-го (сто восемьдесят первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до конца срока действия Договора страхования.

В случае неоплаты (неполной оплаты) очередного страхового взноса по Дополнительной программе в срок, указанный в Договоре страхования, срок страхования по Дополнительной программе страхования прекращается (не продлевается). При этом Страхователю предоставляется срок, равный 30-ти календарным дням (льготный период), в течение которого Страхователь имеет право оплатить просроченный страховой взнос по Дополнительной программе страхования. В случае оплаты просроченного страхового взноса в указанный период Страховщик имеет право восстановить срок страхования по Дополнительной программе страхования со дня, следующего за днем оплаты просроченного страхового взноса.

2.4. Срок страхования по настоящей программе страхования прекращается:

2.4.1. с даты оплаты Страховщиком первого страхового взноса за Страхователя при наступлении предусмотренного настоящей Дополнительной программой страхового риска;

2.4.2. в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Страхователем возраста 55 (пятидесяти пяти) лет для женщин и 60 (шестидесяти) лет для мужчин.

2.5. Страховой суммой по настоящей программе является сумма взносов за один год по Договору страхования, за исключением взносов по настоящей Дополнительной программе.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

3.1. По настоящей Дополнительной программе не являются страховыми случаями события, произошедшие при следующих обстоятельствах:

3.1.1. Страхователь не имел постоянной работы в течение последних 12 (двенадцати) месяцев до даты наступления страхового случая, в том числе, не менее 4 (четырех) месяцев на последнем месте работы, если иной срок для последнего места работы не предусмотрен Договором страхования;

3.1.2. на дату начала срока страхования Страхователь был уведомлен работодателем о сокращении численности или штата работников организации или ликвидации организации, в том числе если информация о предстоящем сокращении или ликвидации организации стала общеизвестной и/или общедоступной;

3.1.3. трудовой договор был расторгнут в течение отсроченного периода с даты начала срока действия Договора страхования;

3.1.4. расторжение трудового договора со Страхователем по основаниям, предусмотренным п.1 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.2 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.4 части 1 ст.81 ТК РФ, п.2 части 1 ст.83 ТК РФ, п.9 части 1 ст.77 ТК РФ, но с нарушением установленного порядка увольнения по указанным основаниям;

3.1.5. расторжение трудового договора со Страхователем, совершенное незаконно, а также исключительно с целью создать правовые последствия для осуществления страховой выплаты;

3.1.6. расторжение трудового договора со Страхователем по основаниям, предусмотренным ТК РФ, но не указанным в п. 1.1.1. настоящего Приложения, а также по основаниям, содержащихся в иных нормативно-правовых актах, регулирующих вопросы прекращения (расторжения) трудовых отношений отдельных категорий граждан, в том числе военнослужащих и приравненных к ним лиц;

3.1.7. Страхователь на дату страхового случая не состоял в трудовых отношениях с работодателем на основании трудового договора, заключенного на неопределенный срок и предусматривающего занятость на полный рабочий день;

3.1.8. Страхователь на дату страхового случая не получал вознаграждения за свой труд в форме ежемесячной заработной платы;

3.1.9. Страхователь на дату страхового случая являлся акционером (участником) организации работодателя; являлся индивидуальным частным предпринимателем;

3.1.10. Страхователь на дату страхового случая состоял в трудовых отношениях с индивидуальным предпринимателем;

3.1.11. Страхователь на дату страхового случая является близким родственником руководителя работодателя, акционера (участника) работодателя (супруг(а), родитель, ребенок, усыновитель, усыновленный, родной брат, родная сестра, дедушка, бабушка, внуки);

3.1.12. Страхователь на дату страхового случая являлся временным, сезонным рабочим;

3.1.13. Страхователь на дату страхового случая являлся временно нетрудоспособным по беременности и родам; находился в отпуске по уходу за ребенком;

3.1.14. Страхователь на дату страхового случая является военнослужащим или приравненным к ним лицом.

4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. В случае расторжения трудового договора по основаниям, предусмотренным п.1 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.2 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.4 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.2 части 1 ст.83 ТК РФ, п.9 части 1 ст.77 ТК РФ, п.7 части 1 ст.83 ТК РФ Страхователь должен уведомить об этом Страховщика в письменной форме в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней с даты такого расторжения.

4.2. Для признания события страховым случаем и осуществления первой страховой выплаты по настоящей Дополнительной программе Страхователь обязан представить следующие документы:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Страхователя;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя;
- справка из Государственной службы занятости населения с подтверждением, что Страхователь встал на учет в Государственную службу занятости населения в качестве безработного;
- справка из службы занятости населения с указанием периода выплат пособия по безработице;
- оригинал либо копия трудовой книжки, заверенная нотариально, с записью, подтверждающей увольнение Страхователя по основаниям, предусмотренным п.1 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.2 ч. 1 ст.81 ТК РФ, п.4 ч.1 ст.81 ТК РФ, п.2 части 1 ст.83 ТК РФ, п.9 части 1 ст.77 ТК РФ;
- документ, подтверждающий надлежащим образом уведомление о сокращении численности или ликвидации организации;
- приказ по личному составу о расторжении (прекращении действия) трудового договора;
- копию свидетельства о постановке на налоговый учет Страхователя.

4.3. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснять в любых государственных/негосударственных учреждениях обстоятельства, связанные с наступлением страхового случая.

4.4. При принятии Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователю направляется письменное уведомление одним из способов, предусмотренных п. 5.9. Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни», содержащее следующую информацию: дата начала периода освобождения от уплаты взносов; срок освобождения от уплаты взносов; дата предоставления; другую необходимую информацию.

4.5. После осуществления страховой выплаты действие Договора страхования в отношении настоящей программы прекращается.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни».

Приложение № 5 к
Полисным условиям по программе
страхования «Гармония жизни»,
утвержденных приказом
от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПЕРВИЧНОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Вариант 2)»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия) и настоящей Дополнительной программой:

1.1. Первичное диагностирование у Застрахованного одного из следующих смертельно опасных заболеваний или первичное назначение проведения одного из следующих хирургических вмешательств, возникшее в течение срока страхования:

1.1.1. ***Злокачественные опухоли (рак)*** — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования по настоящей Программе, включая:

– лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);

– лимфомы;

– болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;

– меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития $T_3N_0M_0$ по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;

– все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, базалиомы;

– все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;

– саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;

– рак предстательной железы стадии T_1 (включая T_{1a}, $T_{1б}$) по классификации TNM.

1.1.2.. ***Инфаркт миокарда*** — остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех следующих симптомов:

1. Типичная боль в грудной клетки, являющаяся симптомом инфаркта миокарда.
2. Диагностически значимое увеличение специфических сердечных маркеров, типичных для инфаркта миокарда.
3. Изменения на ЭКГ (появление Q-зубца), типичные для инфаркта миокарда.
4. Подтвержденное снижение сократительной функции левого желудочка при ультразвуковом исследовании сердца (УЗИ сердца), например, снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.

Инфаркты миокарда без изменения ЭКГ и с увеличением показателей тропонина I или Т, КФК, ЛДГ и других биохимических показателей крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда) не являются страховым случаем.

1.1.3. ***Инсульт*** — острое нарушение кровообращения головного мозга с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы, сохраняющихся более 24 (двадцати четырех) часов. Геморрагический — при кровоизлиянии в головной мозг или под его оболочки (апоплексический удар, апоплексия) и ишемический инсульт, обусловленный прекращением или значительным снижением кровоснабжения участка мозга, вследствие спазма, тромбоза, эмболии.

Наличие постоянных очаговых неврологических нарушений должно быть подтверждено невропатологом по истечении минимум 3 (трех) месяцев после возникновения инсульта.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– церебральные расстройства, вызванные мигренью;

– церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии;

– сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;

– преходящие нарушения мозгового кровообращения/«малые инсульты»/транзиторные ишемические атаки;

– приступы вертебробазилярной ишемии.

1.1.4. ***Терминальная почечная недостаточность*** — стадия необратимого хронического нарушения функции обеих или единственной почки и требующая проведения постоянного (программного, хронического) гемодиализа, перитонеального диализа.

1.1.5. ***Паралич*** — полное отсутствие двигательных функций 2 (двух) и более конечностей в результате различных патологических процессов в нервной системе. Диагноз должен быть подтвержден врачом-невропатологом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– синдром Гийена-Барре.

1.1.6. ***Аорто-коронарное шунтирование*** — состоявшееся прямое открытое оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии по меньшей мере двух коронарных артерий, путем создания артериального сосуда между аортой/либо иными артериями и артериями, питающими сердце. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;

– любые эндоваскулярные вмешательства на артериях сердца;

– применение лазера;

– другие хирургические и нехирургические виды лечения.

1.1.7. ***Трансплантация основных органов*** — пересадка от человека к человеку сердца, легких, печени, почки, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса) или костного мозга; или направление на пересадку, определенную выше.

Исключения из страхового покрытия (не относятся к страховым случаям):

– трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;

– донорство органов.

1.2. Датой первичного диагностирования считается дата установления врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного, его лечения (хирургического вмешательства) и данных гистологичеких/иммунногистохимичемских/инструментальных методов подтверждения диагноза, не ранее даты истечения периода ожидания, если он предусмотрен определением опасного заболевания (при параличе период ожидания — 6 (шесть) месяцев с момента постановки первоначального диагноза, при инсульте для постановки окончательного диагноза наличие

постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено невропатологом по истечении минимум 3 (трех) месяцев после возникновения инсульта).

1.3. В случае, если в период действия срока страхования по настоящей Программе наступило несколько событий, указанных в п. 1.1 настоящего Приложения, то страховым случаем может быть признано только одно из наступивших событий, а общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы по риску «Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания», указанной в Договоре страхования.

1.4. По настоящей Дополнительной программе устанавливается «Период ожидания» – период времени, начиная с 00:00 часов дня 1-го дня срока страхования, в течение которого любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода – не будет являться основанием для признания случая страховым. Данный период ожидания не применяется для пролонгированной Дополнительной программы страхования. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ

2.1. По настоящей программе в дополнение к исключениям, предусмотренным Разделом 4 Полисных условий, не являются страховыми случаями события, возникшие при наличии у Застрахованного следующих состояний (нарушений здоровья):

2.1.1. в отношении ***«рака»***:

Любые предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

2.1.2. в отношении ***«инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования»***:

Гипертония, стенокардия, артериосклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение.

2.1.3. в отношении ***«инсульта»***:

Гипертония, болезни клапанов сердца, преходящие нарушения мозгового кровообращения/ «малые инсульты», транзиторные ишемические атаки, гемофилия, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сахарный диабет, мигрени и иные виды головных болей, сосудистые внутричерепные аневризмы, аневризматичесакая болезнь головного мозга, артериосклероз, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий.

2.1.4. в отношении ***«терминальной почечной недостаточности»***:

Хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка, хронический пиелонефрит;

2.1.5. в отношении ***«трансплантации жизненно важных органов»***:

– применительно к сердцу и сердечно-легочному комплексу: болезни коронарных артерий, сердечная недостаточность, кардиомиопатия, гипертония, стенирование коронарных артерий, эндоваскулярное применение окклюдеров, спиралей;

– применительно к легким: легочная недостаточность, муковисцидоз;

– применительно к печени: диагностирование гепатита В или С, терминальная стадия хронического гепатита, первичный билиарный цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печеночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит;

– применительно к поджелудочной железе: сахарный диабет, панкреатит, муковисцидоз;

– применительно к почкам: хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным

давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка, хронический пиелонефрит;

– применительно к костному мозгу: любые виды анемий, лейкопении или тромбопении.

3. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до окончания срока действия Договора страхования.

В случае неоплаты (неполной оплаты) страхового взноса по Дополнительной программе в срок, указанный в Договоре страхования, срок страхования по Дополнительное программе страхования прекращается (не продлевается). При этом Страхователю предоставляется срок, равный 30-ти календарным дням (льготный период), в течение которого Страхователь имеет право оплатить просроченный страховой взнос по Дополнительной программе страхования. В случае оплаты просроченного страхового взноса в указанный период Страховщик имеет право восстановить срок страхования по Дополнительной программе страхования со дня, следующего за днем оплаты просроченного страхового взноса, при условии, что действует Основная программа.

3.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 65 (шестидесяти пяти) полных лет.

3.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, Застрахованный обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копии карт амбулаторного больного/копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально/впервые было выявлено/заподозрено/ диагностировано заболевание;
- копии карт стационарного больного/копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально /впервые было выявлено/заподозрено/ диагностировано заболевание, в которойосуществлялось лечение;
- В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);документ удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- копию свидетельства о постановке Выгодоприобретателя на налоговый учет.

4.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа

(надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

4.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

– в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;

– если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;

– в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному, Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящей Дополнительной программы.

4.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

4.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе, при условии дожития Застрахованного до истечения установленного периода выживания. Если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по данному страховому случаю не производится.

4.6. Период выживания устанавливается по всем заболеваниям и хирургическим вмешательствам, указанным в п. 1.1. настоящего Приложения, продолжительностью равной 1 (одному) месяцу, начиная с даты первичного диагностирования, кроме случаев, когда в соответствующих подпунктах п. 1.1. настоящего Приложения прямо предусмотрен иной срок периода выживания.

4.7. После осуществления страховой выплаты действие Договора страхования в отношении настоящей программы прекращается.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 6 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНА БЕЗ ГРАНИЦ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

На основании настоящих Полисных условий по дополнительной программе ***«Медицина без границ»*** (далее – «Условия страхования»), разработанных в соответствии с Комплексными правилами страхования МБГ, Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» (далее – «Страховщик») включает дополнительную программу страхования «Медицина без границ» (далее – Дополнительная программа) в договоры страхования, заключенные по выбранным Страхователем программам страхования (далее – Договоры страхования).

1.1. **Альтернативная медицина** – система, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним относятся акупунктура, методы биоэлектромагнитного воздействия, диеты, пищевые добавки, фитотерапия и методики здорового образа жизни, методы управления телом и эмоциями, методы лечения с использованием рук (мануальная терапия, остеопатия, постизометрическая релаксация, различные виды массажа), ароматерапия, фитотерапия, гомеопатия, натуропатия, биологические и фармакологические средства, мезотерапия, психопунктура, астрология, биоритмология, терапия прошлых жизней, терапия сновидениями, фэн-шуй.

1.2. **Болезнь (заболевание)** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем.

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

1.3. **Диагностирование** – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, указанных в п.п.3.1.1.1.-3.1.1.4. настоящих Условий, или расстройства, а также мнение, полученное через данный процесс, осуществляемый посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, проведенных квалифицированными врачами медицинского учреждения, в которое Застрахованное лицо впервые обратилось в течение срока страхования, и квалифицированными врачами Сервисной компании/Страховщика.

1.4. **Иные услуги** – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: транспортировка, визовая поддержка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому уходу, предоставленные Застрахованному во время пребывания в лечебном учреждении, и одному сопровождающему лицу (а также донору, в случае трансплантации), оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного (или донора в случае его смерти, непосредственно связанной с трансплантацией), проживание в гостинице (отеле) Застрахованного, одного сопровождающего лица, а также донора в случае трансплантации, необходимые по медицинским показаниям); оформление Сервисной компанией/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, различной медицинской документации.

1.5. **Лекарственные препараты** – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или

метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.
Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.
1.6. **Лечебное (медицинское) учреждение** – медицинское учреждение, рекомендованное Сервисной компанией/Страховщиком (за исключением территории Соединенных Штатов Америки).
1.7. **Лимит страховой суммы за весь срок страхования по дополнительной программе** – размер страховой суммы, который составляет максимально возможный размер страховой выплаты за весь срок страхования по Дополнительной программе страхования, включая все очередные сроки страхования или сроки пролонгации Дополнительной программы страхования
1.8. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении здоровья.
1.9. **Медицинская экспертиза** – проводимое в установленном порядке исследование с целью установить состояние здоровья человека, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.
1.10. **Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.
1.11. **Необходимыми с медицинской точки зрения** являются следующие медицинские услуги:

- необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного в медицинской помощи;
- представленные медицинские услуги являются наиболее подходящими с медицинской точки зрения и оказаны в наиболее общепринятом виде, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и,
- по типу, частоте и продолжительности лечения соответствующие научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховой компанией, и,
- соответствующие диагнозу состояния либо заболевания и;
- требуемые по причинам иным, нежели удобство Застрахованного или его/ее врача, и;
- в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко признанной медицинской литературе продемонстрировано следующее:
- безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или заболеваний, для которых предлагается их применение либо;
- безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

1.12. **Период ожидания** – период времени, начиная с 00:00 часов 1-го дня срока страхования, в течение которого любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода – не будет являться основанием для признания случая страховым. Данный период ожидания не применяется для пролонгированной Дополнительной программы страхования. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.
1.13. **Предшествовавшее состояние** – любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное или проявившееся связанными задокументированными в медицинских материалах симптомами в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования (включения Дополнительной программы в Договор страхования, если это произошло после заключения Договора страхования). Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.14. **Предварительное медицинское свидетельство** – документ, выданный Сервисной компанией/Страховщиком, включающий в себя подтверждение страхового покрытия по Договору страхования до начала оказания медицинских и иных услуг в определенном лечебном учреждении за пределами страны проживания Застрахованного.
1.15. **Проживание Застрахованного** – пребывание Застрахованного в гостинице (отеле) на промежуток времени, необходимый для поступления в лечебное учреждение, амбулаторного лечения и/или после выписки из лечебного учреждения.
1.16. **Проживание сопровождающего лица** – пребывание сопровождающего лица в гостинице (отеле) на промежуток времени, необходимый для лечения Застрахованного в лечебном учреждении и/или после выписки из лечебного учреждения.
1.17. **Пролонгированная Дополнительная программа страхования** – Дополнительная программа страхования, срок действия которой был продлен (без перерыва) в соответствии с настоящими Условиями страхования.
1.18. **Протез** – устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей либо действующей с нарушениями части тела.
1.19. **Сервисная компания** – компания, оказывающая медицинские и иные услуги либо организующая оказание медицинских услуг, а также организующая лечение, с которой у Страховщика заключен сервисный договор. Страховщиком могут быть заключены сервисные договоры с различными Сервисными компаниями.
1.20. **Событие медицинского характера** – проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у Застрахованного, выявленные заболевания, обращение Застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.
1.21. **Сопровождающее лицо** – лицо, сопровождающее Застрахованного до места лечения и обратно. Присутствие сопровождающего лица должно быть предписано Сервисной компанией/Страховщиком и/или согласовано Сервисной компаний/Страховщиком.
1.22. **Транспортировка** – перемещение Застрахованного и одного сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) в связи с проведением лечения, рекомендованным Сервисной компанией/Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания (на территории Российской Федерации) до медицинских учреждений, находящихся вне территории США.

1.23. **Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой останков Застрахованного (либо донора) к месту, где ранее постоянно проживал Застрахованный (либо донор) в связи со смертью Застрахованного, произошедшей в процессе проведения лечения по одному из указанных в п. 3.1.1. заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.
1.24. **Экспериментальное лечение** – лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для терапевтического или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

– имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование);

– имущественные интересы, связанные с наступлением определенных событий в жизни граждан (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Страховыми случаями в соответствии с настоящими Условиями страхования являются:

3.1.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования после истечения периода ожидания в Сервисную компанию/к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении, находящемся вне территории США, в связи с диагностированием смертельно опасного заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы и/или назначены в течение срока страхования после истечения периода ожидания при соблюдении следующих условий:

– Застрахованное лицо обратилось в течение срока страхования за медицинской помощью по впервые возникшему в течение срока страхования после истечения периода ожидания и диагностированному одному из смертельно опасных заболеваний и/или за проведением одного из хирургических вмешательств, в соответствии с п.п. 3.1.1.1.-3.1.1.4. настоящих Условий страхования (за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 настоящих Условий страхования);

– лечение/хирургическое вмешательство необходимо по медицинским показаниям и подтверждено и организовано Сервисной компанией/Страховщиком в течение срока страхования;

– соответствующее заболевание и/или необходимость проведения хирургического вмешательства (указанные в п.п. 3.1.1.1.-3.1.1.4. Условий страхования) не было диагностировано/назначено, и связанные с ним задокументированные в медицинских материалах симптомы не наблюдались в течение 10 (десяти) лет до даты заключения (включения Дополнительной программы в Договор страхования, если это произошло после заключения Договора страхования) Договора страхования и/или в течение периода ожидания;

– заболевание должно быть диагностировано в течение срока страхования, а в случае необходимости проведения лабораторного и (или) инструментального, и (или) патолого-анатомического, и (или) иного исследования Застрахованного лица и (или) его биологических материалов, такое исследование должно быть проведено в течение срока страхования, а результат получен в течение либо после истечения срока страхования.

Перечень смертельно опасных болезней и хирургических вмешательств является исчерпывающим и включает в себя:

Лечение следующих заболеваний:

3.1.1.1. Злокачественные опухоли (рак) — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

К таким заболеваниям относятся заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования, включая:

– лейкемию;

– лимфомы (за исключением кожной лимфомы);

– саркомы.

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:

– опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;
– меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития $T_3N_0M_0$ по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
– все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи/базалиомы;
– все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
– саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
– рак предстательной железы стадии T_1 (включая $T_{1а}$, $T_{1б}$) по классификации TNM.
3.1.1.2. Аортокоронарное шунтирование — оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.
К данному лечению не относятся:
– баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
– другие хирургические и нехирургические виды лечения.
3.1.1.3. Пересадка или восстановление сердечного клапана — оперативное вмешательство на сердце для пересадки, протезирования или восстановления одного или более сердечных клапанов.
К данному лечению не относится:
– лечение травматических повреждений сердечных клапанов.
3.1.1.4. Трансплантация жизненно важных органов — хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.
К данному лечению не относятся:
– любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;
– любая трансплантация, являющаяся аутологической, за исключением трансплантации костного мозга;
– любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
– любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;
- любая трансплантация, включающая в себе лечение стволовыми клетками;
– трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.
3.2. Программа страхования жизни «Освобождение от уплаты страховой премии/страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства».
Данная программа предоставляет освобождение от обязанности по уплате страховой премии/очередных неоплаченных страховых взносов по Дополнительной программе страхования в случае наступления следующего события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 настоящих Условий страхования:
- диагностирование смертельно опасного заболевания и/или назначение проведения хирургического вмешательства, в соответствии с п.п. 3.1.1.1. - 3.1.1.4. настоящих Условий страхования, подтвержденное Сервисной компанией/Страховщиком, и после получения Застрахованным Предварительного медицинского свидетельства.
Освобождение от оплаты страховой премии/страхового взносов предоставляется при отсутствии задолженности по оплате страховой премии/страховых взносов за предыдущие периоды. Если указанные события произошли до даты оплаты страховой премии, то в случае признания наступившего события страховым случаем освобождение от уплаты страховой премии/очередных страховых взносов предоставляется только при исполнении обязанности Страхователя/Застрахованного по оплате страховой премии.
Период, на который Страхователь/Застрахованный освобождается от уплаты страховой премии/очередных страховых взносов, составляет:

- с даты оплаты страховой премии/очередного неоплаченного страхового взноса, следующей за датой получения Застрахованным Предварительного медицинского свидетельства или следующий за датой получения Страховщиком от Сервисной компании рекомендационного письма о признании события страховым, на срок следующих неоплаченных 12 (двенадцати) месяцев.

Указанный период прекращается до истечения 12 (двенадцати) месяцев в случае, если Страховщиком осуществлена оплата стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) в размере Лимита страховой суммы за весь срок страхования по дополнительной программе или совершено максимальное число транспортировок/поездок, предпринятых с целью получения услуг по дополнительной программе за весь срок действия дополнительной программы, включая все очередные сроки страхования или ее пролонгации. Максимальное число транспортировок/поездок указывается в Договоре страхования.

Под датой диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства подразумевается дата первичного установления диагноза смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства квалифицированным врачом-экспертом, впоследствии подтвержденное Сервисной компанией/Страховщиком.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 0+ месяцев до 70 (семидесятиолных лет на момент включения Дополнительной программы в Договор страхования и до 85 (восьмидесяти пяти) полных лет на момент окончания срока страхования при условии продления срока страхования, за исключением лиц, которым в настоящее время или в течение последних 10 (десяти) лет устанавливался по результатам обследования диагноз либо которые получали лечение в отношении следующих заболеваний:

4.1.1. Любого вида рака, злокачественного новообразования, лейкемии, болезни Ходжкина, лимфомы, саркомы или меланомы;

4.1.2. Любых:

- Предраковых изменений;
- Пограничных опухолей;
- Тяжелых дисплазий или дисплазий высокой степени;
- Повышение онкомаркера “общий ПСА” в крови до 4.0 нг/мл или выше;
- Аномальных результатов мазка шейки матки с высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (CIN3 + или выше);
- Аномальных результатов маммограммы (категория BI-RADS 3 или выше);
- гипертиреоза,
- полипов в толстой кишке, тонкой кишке и/или желудке, и
- родинок или веснушек, которые кровоточат, становятся болезненными, меняют цвет или увеличиваются в размере,

по поводу которых Застрахованный не полностью выздоровел и/или не закончил проходить контрольные обследования или наблюдаться;

4.1.3. Любых заболеваний крови или наследственных иммунных нарушений, требующих лечения в течение не менее одного месяца, и которые требуют регулярного или продолжительного лечения иного, чем соблюдение специальной диеты (например, апластическая анемия, лимфома, миелома, миелодиспластический синдром, серповидноклеточное заболевание, талассемия);

4.1.4. Любых видов опухолей, образований, кист внутри или вокруг головного мозга (в пределах черепа) либо в спинном мозге;

4.1.5. Любых видов сосудистых нарушений или нарушений кровообращения, включая инсульт, транзиторную ишемическую атаку (ТИА), кровоизлияние в мозг (кровотечение), субарахноидальное кровоизлияние, стеноз сонных артерий, аномальные кровеносные сосуды (артериовенозная мальформация, аневризма, тромб или эмбол) в головном мозге или вокруг него (в пределах черепа);

4.1.6. Любых форм заболеваний сердца (включая, но не ограничиваясь, инфаркт, стенокардия/боль в груди, заболевания сосудов сердца, заболевания клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм, сердечная недостаточность, увеличение сердца или кардиомиопатия); наличие высокого кровяного давления и/или высокого уровня холестерина не является препятствием для принятия на страхование;
4.1.7. Диабета (наличие гестационного диабета (диабета беременных) не является препятствием для принятия на страхование).
4.1.8. Хронического нарушения функции почек, диализа, цирроза печени, фиброза печени или хронической печеночной недостаточности, муковисцидоза.
4.2. Если страхуемое лицо проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из указанных в п. 4.1.1. – 4.1.8. настоящих Условий страхования заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, потенциальному Застрахованному следует дождаться получения результатов, чтобы корректно подтвердить Декларацию, являющуюся частью Договора страхования.
4.3. При страховании на случай наступления событий, вызванных болезнями, Страховщик вправе требовать признания Договора страхования в части Дополнительной программы страхования недействительным, в том числе по отдельным программам страхования, если впоследствии будет установлено, что на дату заключения Договора страхования (включения Дополнительной программы страхования в Договор страхования) лицо имело заболевания, симптомы или отклонения от нормы, указанные в Декларации Страхователя/Застрахованного, являющейся частью Договора страхования.
4.4. Если после заключения Договора страхования (включения Дополнительной программы страхования в Договор страхования) будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования (включении Дополнительной программы страхования в Договор страхования) Страхователь не сообщил Страховщику об обстоятельстве(ах), указанном(ых) в пп. 4.1.1. – 4.1.8., 4.2. настоящих Условий страхования, и наличие этих обстоятельств было выявлено после начала срока страхования, то Страховщик вправе требовать признания Дополнительной программы недействительной и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.
4.5. Не являются страховыми случаями события, произошедшие:
4.5.1. в результате предшествовавших состояний или их последствий в течение 10 (десяти) лет до даты заключения Договора страхования (включения Дополнительной программы страхования в Договор страхования);
4.5.2. в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием, СПИДОМ, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;
4.5.3. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных в связи с прямыми или косвенными последствиями радиационным облучением или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;
4.5.4. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных в связи с официально объявленными эпидемиями;
4.5.5. в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
4.5.6. в ходе совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
4.5.7. во время нахождения Застрахованного (Страхователя) в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

4.5.8. в результате экзогенной интоксикации, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
4.5.9. в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года);
4.5.10. во время непосредственного участия Застрахованного (Страхователя) в гражданских волнениях, беспорядках, террористических актах, мятежах, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах или учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;
4.5.11. в результате любых повреждений Застрахованного, полученных в результате сейсмических движений, наводнений, извержений вулкана и другими катастрофическими явлениями;
4.5.12. в результате попытки совершения Застрахованным суицида или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;
4.5.13. в результате последствий самолечения или оказания Застрахованным самому себе медицинской помощи без надзора или без рекомендации врача-эксперта;
4.5.14. в ходе оказания экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины;
4.5.15. любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, указанной в п. 3.1.1. настоящих Условий страхования;
4.5.16. любые медицинские манипуляции и обращения Застрахованного в лечебное учреждение, полученные/осуществленные Застрахованным до выдачи Предварительного медицинского свидетельства, выданного Сервисной компанией/Страховщиком;
4.5.17. если Застрахованный проживал за пределами Российской Федерации на протяжении более, чем 91 (девяносто один) дней подряд в течение 12 (двенадцати) месяцев до уведомления о событии, обладающим признаками страхового случая;
4.5.18. любые медицинские и иные услуги, полученные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе или доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате проведения медицинской процедуры и рекомендованы врачом;
4.5.19. по Договорам страхования, по которым после их заключения будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования Страховщика обстоятельствах, и если по результатам оценки страхового риска указанные сведения привели к заключению Договора страхования на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений.
4.5.20. если заболевание было диагностировано/хирургическое вмешательство было назначено или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах в период ожидания.
4.5.21. с лицами, указанными в п. 4.1.1. – 4.1.7. настоящих Полисных условий.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховой суммой по Дополнительной программе страхования является определенная в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и максимальные размеры страховых выплат при наступлении страхового случая.

Договором страхования могут быть установлены лимиты на оплату организации определенных услуг в пределах страховой суммы.

5.2. Размер страховой суммы или порядок ее определения указывается в Договоре страхования.

5.3. Страховой суммой по программе «Освобождение от уплаты страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства» является сумма страховой премии/очередных страховых взносов по Договору страхования, даты оплаты которых приходятся на период, установленный в соответствии с п. 3.2. настоящих Условий страхования.

5.4. Страховые суммы и премии устанавливаются в российских рублях.

5.5. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

Страховая премия рассчитывается Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика, определяющими величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного.

Размер страхового тарифа зависит от степени страхового риска (величины вероятности наступления страхового случая). Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные повышающие коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска – профессии Застрахованного, рода деятельности, возраста и пола, состояния здоровья, территории проживания, формы оплаты страховой премии, размера франшизы и других факторов. Страховщик также вправе в одностороннем порядке по результатам оценки степени страхового риска на этапе заключения Договора вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев) и ограничения (например, по размеру страховых сумм и т.д.).

5.6. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в Договоре страхования.

5.7. Если срок для оплаты страховой премии, предусмотренный Договором страхования, превышает период ожидания, то при наступлении события, указанного в п. 3.1.1. настоящих Условий, страховая премия должна быть оплачена Страхователем в течение 5 (пяти) рабочих дней в полном объеме.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Включение Дополнительной программы страхования в Договор страхования осуществляется при заключении Договора страхования либо в течение действия Договора страхования в очередную страховую годовщину по соглашению со Страховщиком.

7. СРОК СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок страхования по Дополнительной программе страхования:

с 00:00 часов дня, следующего за датой оплаты первого страхового взноса (страховой премии) в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую дополнительную программу, срок страхования по настоящей дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины при условии оплаты страховой премии.

В случае неоплаты (неполной оплаты) страхового взноса по Дополнительной программе в срок, указанный в Договоре страхования, срок страхования по Дополнительной программе прекращается (не продлевается).

При этом Страхователю предоставляется срок, равный 30-ти календарным дням (льготный период), в течение которых Страхователь имеет право оплатить просроченный страховой взнос по Дополнительной программе. В случае оплаты просроченного страхового взноса в указанный период Страховщик имеет право восстановить срок страхования по Дополнительной программе. Восстановление Дополнительной программы без восстановления Основной программы, указанной в Договоре, невозможно.

7.2. Договор страхования в части Дополнительной программы страхования может быть продлен на 1 (один) год в соответствии с настоящими Условиями страхования.

Договор страхования в части Дополнительной программы страхования, по которому наступил страховой случай, не может быть продлен на совокупный срок более 3 (трех) лет.

7.3. В случае изменения условий Программы страхования, на которых Дополнительная программа включена в Договор страхования, указанные изменения подлежат размещению в Личном кабинете Страхователя.

7.4. Страховщик вправе отказать в продлении Дополнительной программы страхования путем уведомления об этом Страхователя за 30 (тридцать) рабочих дней до окончания срока страхования по Дополнительной программе страхования одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни».

7.5. Дополнительная программа страхования не продлевается после даты достижения Застрахованным возраста 84 (восьмидесяти четырех) полных лет.

8. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству РФ.

8.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с Условиями страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

8.3. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Дополнительной программой страхования, включая транспортные услуги, услуги по репатриации. Выплата по Дополнительной программе страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или Сервисную компанию по их счетам. Выплата по Дополнительной программе страхования также осуществляется путем освобождения Страхователя от уплаты страховой премии / очередных страховых взносов в соответствии с программой «Освобождение от уплаты страховой премии / страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства».

8.4. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующими договорами между Страховщиком и Сервисной компанией.

8.5 Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Условиях страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Условий страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению.

8.6. Объем медицинских и иных услуг и порядок их оказания указан в Приложении № 1 к настоящим Условиям страхования.

8.7. При принятии Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по программе «Освобождение от уплаты страховой премии/страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического

вмешательства» Застрахованному или Страхователю направляется письменное уведомление, содержащее следующую информацию: дата начала периода освобождения от уплаты страховой премии/страховых взносов; срок освобождения от уплаты страховой премии/страховых взносов; дата предоставления освобождения от уплаты страховой премии/страховых взносов; другая необходимая информация.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящими Условиями страхования, действуют положения Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни».

Приложение № 1 к Полисным условиям
по дополнительной программе
страхования «Медицина без границ» ,
утвержденных приказом
от 25.12.2020 № 201225-02-од

Порядок предоставления медицинских и иных услуг по программе страхования «Медицина без границ» (лечение за пределами РФ)

1.1. Настоящий Порядок предоставления медицинских и иных услуг по Программе страхования «Медицина без границ» (далее – Порядок) определяет действия Страховщика, Сервисной компании, Страхователя и Застрахованного при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по программе страхования «Медицина без границ».

1.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства, указанных в пп. 3.1.1.1.-3.1.1.4. Условий страхования, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования, в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.

1.3. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Застрахованный передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:

копию Договора страхования (Полиса), приложения и все дополнительные соглашения к нему;

копии карт амбулаторного больного/копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;

копии карт стационарного больного/копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание.

В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);

документы, удостоверяющие личность Застрахованного (российский и заграничный паспорт);

копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного.

1.4. После получения информации Сервисная компания/Страховщик уведомляет Застрахованного о необходимых действиях, требуемых для подтверждения Сервисной компанией диагноза, установленного ранее Застрахованному. На основе детального изучения медицинской документации и результатов диагностических процедур Сервисная компания/Страховщик подтверждает/опровергает ранее поставленный диагноз.

1.5. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заболевание/медицинская процедура является страховым случаем, Застрахованный должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения за пределами Российской Федерации. После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному список рекомендуемых лечебных учреждений находящихся вне территории США. Застрахованный в течение трех месяцев с момента получения письменного отчета обязан сообщить Сервисной компании/Страховщику о выборе лечебного учреждения из предоставленного списка.

Если в результате диагностирования врачами Сервисной компании/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, установлено, что заявленное Застрахованным событие не отвечает критериям, указанным в п. 3.1.1. Условий страхования, Страховщик уведомляет об этом Застрахованного в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления и письма от Сервисной компании о принятом Сервисной компанией решении по заявленному событию.

1.6. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения,

Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в выбранное лечебное учреждение и готовит Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному смертельно опасному заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с п. 3.1.1.1.-3.1.1.4. Условий страхования. Медицинская помощь и иные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в Предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.

Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованный не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, Предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованный при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/Страховщику в соответствии с п. 1.2. настоящего Порядка.

1.7. В случае отказа от лечения, Застрахованный письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.

1.8. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному в лечебном учреждении, может включать в себя:

1.8.1. Проведение медицинской экспертизы;

1.8.2. Консультация врачей;

1.8.3. Манипуляции по медицинским показаниям;

1.8.4. Использование операционного зала;

1.8.5. Лабораторные анализы, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие диагностические анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

1.8.6. Гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;

1.8.7. Услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;

1.8.8. Лекарственное обеспечение на период госпитализации Застрахованного в рекомендованном Сервисной компанией/Страховщиком лечебном учреждении:

Лекарственное обеспечение по рецепту врача во время госпитализации для лечения покрываемого заболевания или проведения покрываемой медицинской процедуры;

Лекарственное обеспечение, предписанное для послеоперационного лечения, покрывается в течение 30 (тридцати) дней с даты окончания Застрахованным лечения в рекомендуемых медицинских учреждениях, находящихся вне территории США.

1.8.9. Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному;

1.8.10. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному;

1.8.11. Услуги стационара: пребывание Застрахованного в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание одного сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;

1.8.12. Выписка необходимой медицинской документации;

1.8.13. Протезы молочных желез в результате хирургической мастэктомии и протезы клапанов сердца.

1.9. Страховщик/Сервисная компания организовывает и оплачивает транспортировку Застрахованного (и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с

целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае трансплантации) на время лечения за рубежом. Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.

Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному таким образом, чтобы у Застрахованного было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Сервисной компании/Страховщика, Застрахованный выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией/Страховщиком в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Покрываемые страхованием мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного – для Застрахованного и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции, приобретение железнодорожных или авиационных билетов (регулярным или чартерным рейсом) эконом-класса до места пребывания в стране, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении, визовая поддержка;
- организацию проживания, включая бронирование двухместного номера в отеле категории 3-4 звезды; Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не покрываются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Сотрудники, назначенные Сервисной компанией/Страховщиком, также могут содействовать проведению работы с документами и организационных мер при госпитализации (если запрошено Застрахованным).
- организация транспортировки Застрахованного и его сопровождающего (а также живого донора в случае трансплантации) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства (на территорию Российской Федерации).

Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным.

1.10. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного, произошедшей за пределами страны проживания в ходе лечения, организованного в соответствии с Программой страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организовать репатриацию останков Застрахованного (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани) в страну проживания, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки тела покойника и его транспортировки в Российскую Федерацию, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;
- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения на территории Российской Федерации/место, где Застрахованный (донор) постоянно проживал до страхового случая.

Застрахованный и его родственники должны допускать для визита врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

1.11. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 1.8.8. настоящего Порядка.

1.12. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются Договором страхования, если:

- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения и;
- эти предметы предназначаются для использования вне больницы или для ввоза в Российскую Федерацию.

1.13. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца согласно п. 1.8.13. настоящего Порядка) не покрываются Договором страхования.

1.14. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются Договором страхования.

1.15. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам, не покрываются Договором страхования.

1.16. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются Договором страхования.

1.17. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по страховому случаю/программе, указанной в п. 3.1.1. Условий страхования.

Приложение № 2 к Полисным условиям по дополнительной программе страхования «Медицина без границ»

Порядок предоставления медицинских и иных услуг по программе страхования «Медицина без границ»
(лечение за пределами РФ + «Онконавигатор»)

1. Общие положения.

1.1. Настоящий Порядок предоставления медицинских и иных услуг по программе страхования «Медицина без границ» (далее – Порядок) определяет действия Страховщика, Страхователя и Застрахованного при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по программе страхования «Медицина без границ».

1.2. Программой страхования «Медицина без границ» предусмотрено предоставление медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ, а также предоставление комплекса медицинских услуг и услуг по сопровождению лечения Застрахованного на территории РФ «Онконавигатор» (далее – «программа «Онконавигатор»).

1.3. Порядок предоставления медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ, представлен в Разделе 2 настоящего Порядка.

1.4. Порядок предоставления услуг по программе «Онконавигатор» представлен в Разделе 3 настоящего Порядка.

2. Порядок предоставления медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ

2.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства, указанных в пп. 3.1.1.1.-3.1.1.4. Условий страхования, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования, в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.

2.2. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Застрахованный передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:

- копию Договора страхования (Полиса), приложения и все дополнительные соглашения к нему;
- копии карт амбулаторного больного/ копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;
- копии карт стационарного больного/ копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание.
  В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);
- документы, удостоверяющие личность Застрахованного (российский и заграничный паспорт);
- копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного.

2.3. После получения информации Сервисная компания/Страховщик уведомляет Застрахованного о необходимых действиях, требуемых для подтверждения Сервисной компанией диагноза, установленного ранее Застрахованному. На основе детального изучения медицинской документации и результатов диагностических процедур, Сервисная компания/Страховщик подтверждает/опровергает ранее поставленный диагноз.

2.4. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заболевание/медицинская процедура является страховым случаем, Застрахованный должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения за пределами Российской Федерации. После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному список рекомендуемых лечебных учреждений находящихся вне территории США. Застрахованный в течение

трех месяцев с момента получения письменного отчета обязан сообщить Сервисной компании/Страховщику о выборе лечебного учреждения из предоставленного списка.
Если в результате диагностирования врачами Сервисной компании/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, установлено, что заявленное Застрахованным событие не отвечает критериям, указанным в п. 3.1.1 Условий страхования, Страховщик уведомляет об этом Застрахованного в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления от Сервисной компании.
2.5. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в выбранное лечебное учреждение и готовит Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному смертельно опасному заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с пп. 3.1.1.1.-3.1.1.4. Условий страхования. Медицинская помощь и иные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в Предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.
Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованный не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, Предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованный при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с п. 2.2 настоящего Порядка.
2.6. В случае отказа от лечения, Застрахованный письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.
2.7. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному в лечебном учреждении, может включать в себя:
2.7.1. Проведение медицинской экспертизы;
2.7.2. Консультация врачей;
2.7.3. Манипуляции по медицинским показаниям;
2.7.4. Использование операционного зала;
2.7.5. Лабораторные анализы, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие диагностические анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;
2.7.6. Гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;
2.7.7. Услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;
2.7.8. Лекарственное обеспечение на период госпитализации Застрахованного в рекомендованном Сервисной компанией/Страховщиком лечебном учреждении:
Лекарственное обеспечение по рецепту врача во время госпитализации для лечения покрываемого заболевания или проведения покрываемой медицинской процедуры;
Лекарственное обеспечение, предписанное для послеоперационного лечения, покрывается в течение 30 дней с даты окончания Застрахованным лечения в рекомендуемых медицинских учреждений, находящихся вне территории США и при покупке лекарств до возвращения в РФ.
2.7.9. Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному;
2.7.10. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному;

2.7.11. Услуги стационара: пребывание Застрахованного в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание одного сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;
2.7.12. Выписка необходимой медицинской документации;
2.7.13. Протезы молочных желез в результате хирургической мастэктомии и протезы клапанов сердца.
2.8. Страховщик/Сервисная компания организовывает и оплачивает транспортировку Застрахованного (и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае трансплантации) на время лечения за рубежом.
Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному таким образом, чтобы у Застрахованного было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.
В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Сервисной компании/Страховщика, Застрахованный выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией/Страховщиком в качестве необходимых с медицинской точки зрения.
Покрываемые страхованием мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:
- проезд от постоянного места жительства Застрахованного – для Застрахованного и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции, приобретение железнодорожных или авиационных билетов (регулярным или чартерным рейсом) эконом-класса до места пребывания в стране, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении, визовая поддержка;
- организацию проживания, включая бронирование двухместного номера в отеле категории 3-4 звезды; Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не покрываются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Сотрудники, назначенные Сервисной компанией/Страховщиком, также могут содействовать проведению работы с документами и организационных мер при госпитализации (если запрошено Застрахованным).
- организация транспортировки Застрахованного и его сопровождающего (а также живого донора в случае трансплантации) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства (на территорию Российской Федерации).
Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным.
2.9. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного, произошедшей за пределами страны проживания в ходе лечения, организованного в соответствии с Программой страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организовать репатриацию останков Застрахованного (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани) в страну проживания, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки тела покойника и его транспортировки в Российскую Федерацию, в т.ч.:
- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;

- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения на территории Российской Федерации/ место, где Застрахованный (донор) постоянно проживал до страхового случая.

Застрахованный и его родственники должны допускать для визита врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

2.10. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 2.7.8. настоящего Порядка.

2.11. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются Договором страхования, если:

- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения и;
- эти предметы предназначаются для использования вне больницы или для ввоза в Российскую Федерацию.

2.12. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца согласно п. 2.7.13. настоящего Порядка) не покрываются Договором страхования.

2.13. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются Договором страхования.

2.14. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам, не покрываются Договором страхования.

2.15. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются Договором страхования.

2.16. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по страховому случаю / программе, указанной в п. 3.1.1 Условий страхования.

3. Порядок предоставления комплекса медицинских услуг и услуг по сопровождению лечения Застрахованного на территории РФ «Онконавигатор»

3.1. Услуги по программе «Онконавигатор» предоставляются только после первичного диагностирования заболевания, указанного в пп. 3.1.1.1.-3.1.1.4., и только при наличии у Застрахованного полиса обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ.

3.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания, указанного в пп. 3.1.1.1.-3.1.1.4., Застрахованное лицо извещает Сервисную компанию о постановке диагноза «злокачественное новообразование» путем обращения по номеру 8 800 555 99 69.

3.3. Сервисная компания в срок не позднее следующего рабочего дня за днем обращения Застрахованного лица связывается с ним и проводит идентификацию обратившегося лица. Сервисная компания информирует о необходимости сбора и предоставления по электронной почте следующего пакета обязательных документов:

- Согласие на обработку персональных данных (копия, по форме, установленной Сервисной компанией);
- Договор страхования;
- Заявление о наступлении страхового события/о страховом случае (копия по форме, предоставленной Сервисной компанией);
- Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);
- Справка/выписка из медицинской карты амбулаторного больного (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся

у Застрахованного до заключения Договора страхования (включения Программы страхования в Договор страхования) заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия);

- Справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (заверенная копия);
- Если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских манипуляций был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка/справка из соответствующей медицинской организации (заверенная копия);
- Протоколы проведенных медицинских вмешательств, по результатам которых был заподозрен онкологический диагноз, включая, но не ограничиваясь протоколами ультразвуковых исследований, фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);
- Протокол гистологического/цитологического исследования, если были показания/рекомендации, а также техническая возможность его провести (заверенная копия);
- Результат анализа крови на ВИЧ/или СПИД (заверенная копия);
- Справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечение (заверенная копия);
- В случае обращения по профилю «онкогинекология» также справка/выписка от гинеколога, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования (включения Программы страхования в Договор страхования) заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия).

3.4. Застрахованный обязан предоставить в Сервисную компанию всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая и проведения верификации диагноза.

3.5. Требования, предъявляемые к медицинской документации и проведению диагностирования первично установленного онкологического заболевания:

3.5.1. Диагноз должен быть установлен в период действия страхования по Программе, подтвержден гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), а также специалистом-онкологом;

3.5.2. Документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими;

3.5.3. Медицинский документ содержит все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными актами. При этом, на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:

3.5.4. На электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах/изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом / изображением без возможности их изменения.

3.5.5. На иных документах (на медицинских справках, выписках, отчетах и прочих) фамилия, инициалы и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

3.6. По требованию Сервисной компании Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Порядка, представителю Сервисной компании или доставить оригиналы этих документов в Сервисную компанию.

3.7. По получению полного пакета обязательных документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Порядка, Сервисная компания проводит медико-юридическую проверку предоставленного Застрахованным лицом полного пакета обязательных документов в течение 5 (пяти) рабочих дней. Медико-юридическая проверка проводится единожды (за все периоды страхования – первоначальное заключение договора, пролонгация) при первоначальном обращении Застрахованного лица при наступлении события, имеющего признаки страхового.

3.8. В случае если документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Порядка, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая и проведения медико-юридической проверки, Сервисная компания вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица дополнительные документы.

3.9. В случае если Застрахованным лицом предоставлены недостаточные для организации и оказания любых Услуг сведения, Сервисная компания извещает об этом Застрахованное лицо в течение 5 (Пяти) рабочих дней, сообщая, какие дополнительные сведения и документы необходимы.

3.10. При обращении Застрахованного лица в Сервисную компанию при диагностировании злокачественного новообразования и при соблюдении следующих условий:

- соответствия события признакам страхового случая;
- при подтверждении злокачественного новообразования гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), и специалистом-онкологом;
- при соответствии Застрахованного лица требованиям, предъявляемым к лицам, принимаемым на страхование,
- при отказе Застрахованного от лечения за рубежом в соответствии с п. 2.6. настоящего Порядка;
- при наступлении страхового случая в предыдущие периоды страхования - при непрерывной пролонгации Программы страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица

Сервисная компания предоставляет следующие услуги в рамках программы «Онконавигатор»:

3.10.1. **Услуга «Прикрепление персонального менеджера».** Персональный менеджер – сотрудник Сервисной компании, прикрепляемый к Застрахованному и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг в соответствии с пунктами 3.10.1.-3.10.6. настоящего Порядка. Персональный менеджер доступен в рабочие дни с 9-00 до 18-00 по московскому времени, в остальное время обращения принимаются на телефон «горячей линии» сервисного центра Сервисной компании 8 800 500 02 99.

3.10.2. **Услуга «Верификация диагноза»** – проверка первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза. Сервисная компания в течение 2 (двух) рабочих дней, следующих за получением от Застрахованного лица полного пакета обязательных документов, проводит медико-юридическую проверку предоставленных Застрахованным лицом документов.

По проведению медико-юридической проверки предоставленных Застрахованным лицом документов Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о необходимости гистопатологической проверки/пересмотра биологического материала (операционного или биопсии), выясняет наличие/отсутствие биологического материала, при наличии – организует изъятие биологического материала и направление его на пересмотр. Объем исследований и медицинскую организацию, где будет проводиться гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии), определяет Сервисная компания на основании рекомендаций врача-онколога и/или патоморфолога.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза и проводится в течение 5-10 (пяти-десяти) рабочих дней. При условии необходимости проведения иммуногистохимического исследования, указанный срок гистопатологической проверки/пересмотра увеличивается на срок проведения соответствующего иммуногистохимического исследования. В диагностически сложных случаях срок проведения гистопатологической проверки/пересмотра может быть увеличен на срок проведения дополнительных диагностических исследований, определенных врачом-онкологом и/или гематологом, а также врачом-патоморфологом, осуществляющих верификацию диагноза. Увеличение срока зависит от срока проведения лабораторией соответствующего дополнительного диагностического исследования.

В случае необходимости Исполнитель организует забор биологического материала. Срок транспортировки биологического материала от места его хранения до места проведения гистопатологической проверки/пересмотра зависит от региона Российской Федерации и составляет от 1 (одного) до 6 (шести) рабочих дней. При нахождении биологического материала Застрахованного лица в медицинской организации, указанный срок увеличивается на срок составления врачом-онкологом и/или гематологом, осуществляющим верификацию диагноза, официального запроса на забор биологического материала.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) проводится только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события для проверки первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза.

При отказе Застрахованного лица от гистопатологической проверки биологического материала при его наличии, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

При неинформативности и/или недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, равно как и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), тактику и объем диагностического исследования определяют врач-онколог и/или гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза.

Если указанные в абзаце выше диагностические исследования проводились Застрахованному, Застрахованный предоставляет в Сервисную компанию заключения этих исследований и их результаты на материальном носителе для пересмотра (например, диски с записью КТ/МРТ исследования).

Если указанные диагностические исследования не проводились Застрахованному или срок давности исследования не является надлежащим по мнению врача-онколога и/или гематолога, осуществляющего верификацию диагноза, Сервисная компания маршрутизирует Застрахованное лицо в прохождении данных исследований с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь без взимания с Застрахованного лица платы или организует прохождение данных исследований Застрахованным за счет других источников.

При возможности получения повторного биологического материала согласно рекомендациям врача-онколога и/или гематолога, а также врача-патоморфолога, осуществляющих верификацию диагноза, и отказе Застрахованного лица пройти соответствующее медицинское вмешательство для получения повторного биологического материала и/или отказе предоставления повторного биологического материала, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

По итогам пересмотра биологического материала и на основании предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов Застрахованному лицу предоставляется заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается диагноз или нет.

3.10.3. **Услуга «Составление плана лечения»** – содействие предоставлению заключения врача-онколога с планом наблюдения и лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования: при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, Сервисная компания предоставляет заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается ли диагноз или нет, и план наблюдения и лечения, основанный на действующих стандартах и (или) клинических рекомендациях (протоколах лечения).

Услуга «Составление плана лечения» оказывается только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, по итогу проведенной Сервисной компанией верификации.

3.10.4. **Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования»** - консультирование компетентными специалистами-экспертами по вопросам корректировки и/или правильности назначенного лечения. Проведение консультации по плану лечения возможно только в том случае, если Сервисной компанией проведена «верификация диагноза».

3.10.5. **Услуга «Навигация Застрахованного лица»** – маршрутизация Застрахованного лица с достоверно установленным диагнозом «злокачественное новообразование» для обеспечения ему максимального доступа к необходимым медицинским технологиям с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь, информационно-консультационное содействие организации оказания медицинской помощи в соответствии с предоставленным планом лечения и наблюдения: путем информационного консультирования Сервисная компания содействует получению Застрахованным лицом медицинской помощи по поводу выявленного злокачественного новообразования без взимания с Застрахованного платы, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, а именно за счет получения максимального количества медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Информационное консультирование заключается в юридической поддержке, в помощи по преодолению бюрократических и административных барьеров.

3.10.6. **Услуга «Юридическая поддержка»** – предоставление юридических консультаций по вопросам охраны здоровья граждан, получению медицинской помощи (в том числе бесплатной в рамках программы ОМС или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи), лекарственного обеспечения по профилю «онкология», в том числе льготного, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, в том числе путем оказания содействия в подготовке претензий, заявлений, обращений в органы власти (и) или в медицинские организации.

3.10.7. **Услуга «Психологическая помощь»** - предоставление консультаций клинического психолога в связи с выявленным и подтвержденным злокачественным новообразованием. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию.

3.11. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», услуга «Навигация Застрахованного лица», услуга «Психологическая помощь» и услуга «Юридическая поддержка» оказываются при соблюдении условий п. 3.10. настоящего Порядка, по запросу Застрахованного лица и в связи с выявленным злокачественным новообразованием.

3.12. Количество обращений Застрахованного лица в течение срока страхования для получения услуг:

«Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», «Навигация Застрахованного лица», «Юридическая поддержка» - всего 4 (четыре) консультации.

«Психологическая помощь» - количество консультаций без ограничений.

Приложение № 7 к Полисным условиям по
программе страхования «Гармония жизни» ,
утвержденных приказом
от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (Вариант 2)»

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Телесное повреждение — нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей, возникших в результате воздействия различных факторов внешней среды, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Раздел 5 настоящего Приложения), произошедшее вследствие несчастного случая в период срока страхования.

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. **Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая».**

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВАЯ СУММА

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт

стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;

- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится в соответствующем проценте от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», указанной в Договоре страхования, согласно Таблице страховых выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (Раздел 5 настоящего Приложения)).

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

5. ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКУ «Телесные повреждения в результате несчастного случая».

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от гарантированной страховой суммы
	КОСТИ ЧЕРЕПА, НЕРВНАЯ СИСТЕМА	
1.	Перелом костей черепа: а) только наружной пластинки костей свода б) свода в) основания г) свода и основания *Примечание: При проникающих черепно-мозговых травмах производится дополнительная страховая выплата в размере 5% от страховой суммы*	 5 10 20 25
2.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние: а) внутримозговое б) эпидуральное в) субдуральное	 10 15 20
3.	а) Ушиб головного мозга (локальный, диффузный) средней и тяжелой степени при сроках стационарного лечения (именно с этим диагнозом) от 14 дней, подтвержденный дополнительными инструментальными методами исследования – МРТ, КТ. б) Сотрясение головного мозга при сроках стационарного лечения (именно с этим диагнозом) от 14 дней.	10 2
4.	Внутричерепная травма с продолжительным коматозным состоянием не менее 5 дней (страховая выплата производится без дополнительного учета других повреждений головы)	15
5.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев: а) частичный анатомический разрыв б) полный анатомический разрыв	 50 100
6.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев: а) частичный анатомический разрыв сплетения б) полный анатомический разрыв сплетения	 35 60
7.	Разрыв нерва/нервов: плечевого, срединного, лучевого, локтевого, бедренного, седалищного, большеберцового, малоберцового: а) частичный анатомический б) полный анатомический в) травматический неврит с сохранением стойких неврологических расстройств более трех месяцев	 5 10 5
8.	Травма нервного корешка позвоночника, исключая ушиб	7
9.	Клещевой энцефалит Факт укуса клещом не является основанием для выплаты по данному пункту *Примечание: Если в результате профилактической вакцинации развивается осложнение (инфицирование), то страховая выплата не производится*	10
	ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ	
10.	Паралич аккомодации одного глаза	7
11.	Гемианопсия одного глаза	10
12.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	15
13.	Сужение поля зрения, подтвержденное объективными методами исследования через 3 месяца после травмы	3
14.	Проникающее ранение в полость глазного яблока, посттравматический рубцовый трихиаз	10
15.	Эрозия роговицы посттравматическая	1
16.	Травматическое повреждение глаза, повлекшее за собой: а) снижение зрения на 50% и более от исходной остроты зрения б) полную потерю зрения одного глаза	 10 35

17.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, повреждение глаз, повлекшее за собой полную потерю зрения обоих глаз или единственного глаза, обладавших до травмы остротой зрения не ниже 0,1 (При остроте зрения до травмы ниже 0,1 пункт не применяется)	100
18.	Перелом стенки/стенок глазницы: а) не проникающий в полость черепа б) проникающий в полость черепа	 5 10
	ОРГАНЫ СЛУХА	
19.	Травма слухового нерва, повлекшая за собой снижение слуха, подтвержденного аудиограммой: полная глухота (разговорная речь 0) на одно ухо	40
20.	Травматический разрыв барабанной перепонки, повлекший за собой снижение слуха и/или посттравматический отит, сохраняющийся не менее, через три месяца после травмы Примечание: Разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа не даёт основания для страховой выплаты по ст.20	7
	ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	
21.	Перелом костей носа	2
22.	Перелом грудины	5
23.	Перелом ребер: а) одного б) двух ребер б) трех и более Прим: При переломах хрящевых частей ребер выплаты не осуществляются	 1 2 5
24.	Травматический пневмоторакс: а) односторонний б) двусторонний	 5 10
25.	Травматический гемоторакс: а) односторонний б) двусторонний	 5 10
26.	Травмы органов грудной полости, повлекшие за собой ношение трахеостомы не менее одного месяца после травмы	20
27.	Травмы органов грудной полости, повлекшие за собой посттравматическую пневмонию, посттравматический экссудативный плеврит (гидроторакс): а) с одной стороны б) с двух сторон	 5 10
28.	Перелом подъязычной кости, хрящей гортани	10
29.	Перелом подъязычной кости, хрящей гортани, повлекший за собой необратимую потерю голоса, наложение трахеостомы *Примечание: Если страховая выплата произведена по ст.29, то страховые выплаты по ст.28 не производятся*	30
	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА	
30.	Повреждение крупных периферических и/или крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой острую сердечно-сосудистую недостаточность с критическим снижением систолического артериального давления менее 60 мм рт ст	20
31.	Проникающее ранение грудной полости с ранением сердца или крупных магистральных сосудов впадающих или исходящих из сердца	45
32.	Травма сердца (ушиб): а) без кровоизлияния в полость сердечной сумки б) с кровоизлиянием в полость сердечной сумки (гемоперикард)	 15 25
	ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ	
33.	Перелом 6 зубов и более *Примечание: Перелом зуба считается потеря не менее 1/3 коронки. Перелом или потеря молочных зубов не является страховым случаем.*	10
34.	Перелом челюсти:	

	а) скуловой кости и/или верхней челюсти б) нижней челюсти одинарный в) нижней челюсти двойной *Примечание: Если при переломе альвеолярного отростка имеется потеря зубов, то за его перелом страховая выплата не производится*	3 5 10
35.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой: отсутствие челюсти *Примечание: Учтена и потеря зубов независимо от их количества*	40
36.	Повреждение языка, повлекшее за собой: а) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика) б) отсутствие языка на уровне средней трети в) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие	 5 15 40
37.	Травматическое повреждение пищевода (инородное тело, химические ожоги)	20
38.	а) Травма селезенки, потребовавшая удаления селезенки б) Подкапсульный разрыв селезенки	10 5
39.	Травма печени или желчного пузыря: а) потребовавшая удаления желчного пузыря б) потребовавшая резекции (удаление части) печени	 10 25
40.	Травма других органов брюшной полости, повлекшая за собой: а) удаление части желудка, части кишечника б) удаление желудка в) удаление части поджелудочной железы г) удаление желудка с частью кишечника или поджелудочной железы	 15 20 20 30
	МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА	
41.	Травма почки, повлекшая: а) ушиб почки, с наличием макрогематурии б) резекцию (удаление части) почки в) удаление почки г) наложения нефростомы д) посттравматическую острую почечную недостаточность	 1 20 35 30 25
42.	Травма мочеточника	3
43.	Травма мочеиспускательного канала с развитием дизурии, гематурии, повлекшая за собой: а) сужение (стриктуру) мочеиспускательного канала б) непроходимость мочеиспускательного канала, потребовавшая наложение цистостомы	 10 25
44.	Травма яичника, маточной (фаллопиевой) трубы, повлекшая: а) удаление (потерю) одного яичника, трубы и яичника б) удаление (потерю) двух яичников или двух труб	 10 25
45.	Травма матки, повлекшая за собой потерю матки у женщин в возрасте: а) до 40 лет б) с 40 до 50 лет в) с 50 лет и старше	 30 20 10
46.	Травматическая ампутация наружных половых органов: а) ампутация части полового члена б) ампутация всего полового члена в) ампутация обоих яичек г) ампутация одного яичка	 20 35 25 10
	ПОЗВОНОЧНИК	
47.	Перелом тел позвонков: а) одного б) двух	 5 10

	в) трех и более г) перелом дуги позвонка и/или одного отростка	15 2
48.	Перелом крестца, копчика Перелом крестца и копчика	5 7
49.	Травматический разрыв межпозвоночного диска	4
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА		
50.	а) Перелом ключицы б) Двойной перелом ключицы	5 7
51.	Перелом лопатки	5
ПЛЕЧО, ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ		
52.	а) Перелом плечевой кости б) Двойной перелом плечевой кости без смещения в) Двойной перелом плечевой кости со смещением	7 10 15
53.	Травматическая ампутация верхней конечности на уровне: а) между плечевым и локтевым суставами б) плечевого сустава	 50 60
54.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне плечевого пояса и / или плеча, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне плечевого пояса и / или плеча, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ, ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
55.	Перелом локтевой кости	5
56.	Перелом лучевой кости	
	а) в области верхней и средней трети	5
	б) в области нижней трети, дистального метаэпифиза (в типичном месте)	3
57.	Травматическая ампутация предплечья на уровне: а) между локтевым и лучезапястным суставами б) на уровне локтевого сустава	 40 50
58.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне локтя и /или предплечья, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне локтя и /или предплечья, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, КИСТЬ		
59.	Перелом одной кости запястья	2
59. 1	Перелом одной пястной кости	2
60.	Множественные переломы запястных/пястных костей: а) перелом 3-х запястных/пястных костей б) более 4-х запястных/пястных костей	 5 7
61.	Перелом одного пальца кисти вне зависимости от количества сломанных фаланг	2
62.	Травматическая ампутация кисти на уровне костей запястья	50
63.	Травматическая ампутация пальца кисти: а) ампутация большого пальца (всех фаланг большого пальца) б) ампутация указательного пальца (всех фаланг указательного пальца) в) ампутация другого одного пальца (всех фаланг другого пальца, кроме большого и/или указательного) г) потеря минимум двух фаланг или одной фаланги большого пальца д) ампутация одной фаланги пальца, кроме большого пальца	 7 5 3 2 1
64.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне запястья, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне запястья, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ, БЕДРО		
65.	Перелом подвздошной кости:	

	а) тела б) крыла	7 5
66.	Перелом вертлужной впадины	10
67.	Перелом лобковой и /или седалищной кости	10
68.	Множественные переломы костей таза Примечание: При переломах нескольких костей таза выплата осуществляется по п. 68.	20
69.	Травматический разрыв лобкового симфиза (лонного сочленения) и/или крестцово-подвздошного сочленения (сочленений)	10
70.	Перелом бедренной кости: а) одинарный б) множественный (двойной, тройной и т.д.)	 10 15
71.	Вывих бедра	10
72.	Травматическая ампутация нижней конечности на уровне тазобедренного сустава и/или бедра: а) одного б) двух или единственного	 65 90
73.	Травма мышцы и/ или сухожилия области тазобедренного сустава и / или бедра, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне тазобедренного сустава и / или бедра, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	4
	КОЛЕННЫЙ СУСТАВ	
74.	Перелом надколенника	4
75.	Разрыв мениска	2
76.	Разрыв (внутренней и / или наружной) боковой связки коленного сустава	2
77.	Разрыв (задней и /или передней) крестообразной связки коленного сустава	2
78.	Травма нескольких структур коленного сустава - страховые выплаты суммируются, но не более	10
79.	Травматическая ампутация на уровне коленного сустава	50
80.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне колена, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне колена, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
	ГОЛЕНЬ, ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ, СТОПА	
81.	Перелом большеберцовой кости	7
82.	Перелом малоберцовой кости	5
83.	а) Перелом лодыжки б) Перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости в) Перелом двух лодыжек с краем большеберцовой кости и/или с разрывом межберцового синдесмоза	3 7 10
84.	а) Разрыв пяточного (ахиллова) сухожилия, требующий его ушивания б) Повреждение пяточного сухожилия, не потребовавшее хирургического лечения	7 1
85.	Травматическая ампутация голени: а) одной б) двух или единственной	 40 60
86.	Перелом пяточной кости	5
87.	Перелом таранной кости	5
88.	Перелом кости плюсны и/или предплюсны	3
89.	Перелом одного пальца стопы вне зависимости от количества сломанных фаланг	3
90.	Множественные переломы стопы (более трех костей) - выплаты суммируются, но не более	10
91.	Травматическая ампутация стопы на уровне голеностопного сустава	30
92.	Травматическая ампутация пальца стопы: а) ампутация большого пальца (всех фаланг большого пальца) б) ампутация второго пальца (всех фаланг второго пальца) в) ампутация другого одного пальца (всех фаланг другого пальца, кроме большого и/или второго) г) потеря минимум двух фаланг или одной фаланги большого пальца д) ампутация одной фаланги пальца, кроме большого пальца	 7 5 3 2 1
93.	Травматическая ампутация других частей стопы на уровне: а) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев) б) плюсневых костей	 9 20

	в) костей предплюсны	30
94.	Травма мышцы и / или сухожилия на уровне голени, голеностопного сустава и / или стопы, требующая их ушивания *Примечание: При травме нескольких мышц и / или сухожилий на уровне колена, требующих оперативного вмешательства, выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 4%*	2
ТРАВМЫ, ЗАХВАТЫВАЮЩИЕ НЕСКОЛЬКО ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА		
95.	Множественные переломы (не менее 4-х костей), захватывающие несколько областей тела, - страховые выплаты суммируются, но не могут превышать 20%	
96.	Травматические ампутации, захватывающие несколько областей тела, - страховые выплаты суммируются, но в любом случае не могут превышать 100%.	
ОТРАВЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ		
97.	Острое случайное отравление, в том числе возникшее при укусе ядовитого животного/насекомого или контакте с ним, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 3 7
ЭФФЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН		
98.	Поражение молнией, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 5 7
99.	Воздействие электрического тока, потребовавшее стационарного лечения сроком: а) от 14 до 21 дня включительно б) более 21 дня	 5 7

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ОЖОГАХ *

Площадь ожога в % от поверхности тела	**Степень ожога**		
	II	**III**	**IV**
	Размер выплаты в % от гарантированной страховой суммы		
6-9	3	5	6
10-20	10	14	16
21-30	20	25	28
31-40	35	40	50
41-60	60	70	70
61-90	80	90	100
более 90	100	100	100
Размер выплаты при ожогах лица и/или шеи в % от гарантированной страховой суммы			
1-2	2	4	5
3-4	5	7	9
5-6	8	12	15
7-8	10	15	20

*При расчете размера страховой выплаты, при отсутствии в медицинской документации точного определения размера пораженного участка тела применительно к конкретной степени ожогового поражения, Страховщик оставляет за собой право произвести расчет суммы страховой выплаты, путем вычисления среднего процентного значения из общей суммы размеров выплаты в % по каждой диагностированной степени тяжести.

Приложение № 8 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ХИРУРГИЯ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ» (вариант 2)

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Хирургическое вмешательство — оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в период срока страхования несчастным случаем и/или болезнью, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Раздел 5 настоящего Приложения).

Хирургические вмешательства подразумевают способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионожа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическое вмешательство должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Хирургические вмешательства Застрахованному, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства».

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 65 (шестидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;

- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1).

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1. настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится Застрахованному в соответствующем проценте от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Хирургические вмешательства Застрахованному, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства»). Таблица страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства» приведена в Разделе 5 настоящего Приложения.

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. В случае если во время одного хирургического вмешательства Застрахованному проводятся две и более хирургические операции, предусмотренные Таблицей страховых выплат, то страховым случаем признается только одна операция, произведенная в результате этого хирургического вмешательства, по которой предусмотрен наибольший процент в соответствии с Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства»

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

5. ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКУ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА»

Код, описание операции	Размер выплаты в % от страховой суммы
А. Нервная система	
А 01 Обширное иссечение ткани мозга (не менее одной доли мозга)	100%
А 02 Иссечение поражённого участка ткани мозга	75%
А 03 Стереотаксическая операция на ткани мозга	65%
А 04 Прочие открытые операции на ткани мозга	40%
Желудочек головного мозга и субарахноидальное пространство	
А 05 Создание соединения с желудочком головного мозга	30%
Черепно-мозговые нервы	
А 06 Интракраниальное пересечение черепно-мозгового нерва	40%
Спинной мозг и прочее содержание спинного канала	
А 07 Частичная экстирпация спинного мозга	75%
А 08 Прочие открытые операции на спинном мозге, кроме диагностических процедур	75%
А 09 Операции на корешке спинномозгового нерва	30%
Периферические нервы	
А 10 Иссечение цервикального симпатического нерва	30%
А 11 Химическое разрушение симпатического нерва	30%
А 12 Криотерапия симпатического нерва	30%
А 13 Радиочастотное управляемое тепловое разрушение симпатического нерва	30%
В. Эндокринная система и грудная область	
Гипофиз и шишковидная железа	
В 01 Операции на гипофизе	50%
В 02 Операции на шишковидной железе	30%
Щитовидная железа	
В 03 Удаление всей щитовидной железы	50%
В 03-1 Резекция доли щитовидной железы	25%
Прочие эндокринные железы	
В 04 Резекция тимуса	25%
В 05 Операции на гормонпродуцирующей ткани надпочечника, кроме диагностических процедур	30%
В 06 Резекция надпочечника	40%

Молочная железа	
B 07 Тотальная резекция молочной железы	50%
B 08 Секторальная резекция молочной железы	20%
C. Глазное яблоко	
Глазница	
C 01 Пластика глазницы	50%
C 02 Рассечение глазницы	50%
C 03 Прочие операции на глазнице	50%
Слёзный аппарат	
C 04 Бужирование слезоотводящего канала вне зависимости от количества процедур	10%
Мышцы глазного яблока	
C 05 Операции на мышце (одной) глазного яблока	2%
C 06 Операции на роговице	15%
C 07 Операции по прикреплению сетчатки	15%
C 08 Протез хрусталика	15%
C 09 Операции на стекловидном теле	20%
Примечание: При выплате по кодам C 07, C 08, C 09, код таблицы C 06 не применяется!	
D. Ухо	
Сосцевидный отросток и среднее ухо	
D 01 Операции на слуховых косточках одного уха	25%
Внутреннее ухо	
D 02 Операции на вестибулярном аппарате	30%
D 03 Операции на внутреннем ухе	30%
E. Дыхательные пути	
E 01 Резекция глотки	50%
E 02 Резекция гортани	50%
E 03 Частичная резекция трахеи	50%
E 04 Открытые операции на трахее, кроме наложения трахеотомических отверстий	50%
Примечание: при выплате по коду E 03, код E 04 не применяется	
Лёгкое и средостение	
E 05 Трансплантация лёгкого	75%
E 06 Открытые операции на средостении, кроме диагностических процедур	50%
F. Ротовая полость	
Слюнный аппарат	
F 01 Операции на слюнном протоке	15%
G. Верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
Пищевод	
G 01 Резекция пищевода и желудка	75%
G 02 Тотальная резекция пищевода	65%
G 03 Частичная резекция пищевода	50%
G 04 Фиброоптическая эндоскопическая экстирпация повреждённого участка пищевода	50%
Желудок и верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
G 05 Тотальная резекция желудка	65%
G 06 Частичная резекция желудка	50%
G 07 Соединение желудка и двенадцатиперстной кишки (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%

G 08 Соединение желудка с транспонированной тощей кишкой (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%
G 09 Прочие соединения желудка с тощей кишкой (прочие анастомозы)	10%
Двенадцатиперстная кишка	
G 10 Резекция двенадцатиперстной кишки	40%
G 11 Лапаротомические (открытый доступ) операции по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, исключая резекцию двенадцатиперстной кишки	30%
Подвздошная кишка	
G 12 Резекция подвздошной кишки	40%
G 13 Открытая экстирпация повреждённого участка подвздошной кишки	40%
Примечание: при выплате по коду G 12, код G 13 не применятся	
H. Нижние отделы желудочно-кишечного тракта	
Толстая кишка	
H 01 Тотальная резекция толстой кишки и прямой кишки	75%
H 02 Тотальная резекция толстой кишки	50%
H 03 Расширенная резекция правого отдела толстой кишки	50%
H 04 Прочие операции по резекции правого отдела толстой кишки (кроме аппенедектомии)	50%
H 05 Резекция поперечной толстой кишки	50%
H 06 Резекция левого отдела толстой кишки	50%
H 07 Резекция сигмовидной ободочной кишки	50%
H 08 Аппендектомия	15%
H 09 Эндоскопические операции на толстой кишке, кроме диагностических процедур	20%
Прямая кишка	
H 10 Резекция прямой кишки	65%
J. Прочие органы абдоминальной области, преимущественно желудочно-кишечного тракта	
Печень	
J 01 Трансплантация печени	100%
J 02 Частичная резекция печени	75%
Желчные протоки	
J 03 Эндоскопические манипуляции на сфинктере Одди	20%
Поджелудочная железа	
J 04 Трансплантация поджелудочной железы	100%
J 05 Тотальная резекция поджелудочной железы	100%
J 06 Резекция головки поджелудочной железы	40%
J 07 Экстирпация поражённого участка поджелудочной железы, кроме резекции головки поджелудочной железы	50%
J08 Операции на выводном протоке поджелудочной железы	30%
K. Сердце	
Перегородка и камеры сердца	
K 01 Трансплантация сердца и легкого	100%
K 02 Открытые операции на сердце по поводу проникающих ранений сердца	75%
K 03 Прочие виды трансплантации сердца	100%
K 04 Операции по поводу ранений крупных сосудов (грудной отдел аорты, легочная артерия, кроме коронарных артерий)	75%
K 05 Закрытие дефекта предсердно-желудочковой перегородки	50%
K 06Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межжелудочковой перегородке	50%

К 07 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межпредсердной перегородке	50%
К 08 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межжелудочковой перегородке	30%
К 09 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межпредсердной перегородке	30%
Клапаны сердца, артерии сердца и смежные структуры	
К 10 Закрытые (эндоваскулярные) операции на клапанах сердца	20%
К 11 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции на клапанах сердца	75%
К 12 Операции по разрешению гемоперикарда	10%
Коронарная артерия	
К 13 Эндоваскулярные операции на одной артерии сердца	20%
К 14 Аорто-коронарное шунтирование	75%
Прочие отделы сердца и перикарда	
К 15 Открытые операции на проводящей системе сердца	75%
К 16 Эндоваскулярные операции на проводящей системе сердца	20%
L. Артерии и Вены	
Крупные сосуды и лёгочная артерия	
L01 Создание шунта от аорты к лёгочной артерии с использованием протеза	50%
L02 Протезирование лёгочной артерии	50%
Аорта/сонные артерии/мозговые артерии	
L 03 Внеанатомическое шунтирование аорты	55%
L 04 Прочие виды реплантации сегмента аневризмы аорты	75%
L 05 Прочие виды шунтирования сегмента аорты	75%
L 06 Открытые операции на аорте	75%
L 07 Эндоваскулярные операции на аорте	40%
L 08 Эндоваскулярные операции на сонной артерии	30%
L 09 Операции на сонной артерии с открытым доступом	50%
L 10 Операции на аневризме мозговой артерии	50%
L 11 Открытые операции на мозговой артерии	50%
Абдоминальные ветви аорты	
L 12 Эндоваскулярные операции на почечной артерии	10%
L 13 Открытые операции на почечной артерии	40%
L 14 Открытые операции на прочих висцеральных ветвях брюшной аорты	20%
Подвздошные и бедренные артерии	
L 15 Открытая операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	45%
L 16 Эндоваскулярная операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	30%
L 17 Открытые операции по шунтированию подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	45%
L 18 Операция по установке протеза части подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 19 Открытая операция по ликвидации аневризмы бедренной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 20 Открытые операции по шунтированию бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
L 21 Операция по установке протеза части бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
M. Мочевая система	
M 00 Резекция одной почки	30%
M 01 Трансплантация почки	100%
Выходное отверстие мочевого пузыря и простата (M51-M70)	
M 02 Открытые полостные операции на мочевом пузыре	45%
M 03 Эндоскопические операции на мочевом пузыре	25%

S. Кожа	
S 01 Удаление злокачественных новообразований кожи, подтвержденных гистологическим исследованием	20%
S 02 Удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожно жировой клетчатки	5%
Плевра, грудная стенка и диафрагма	
T01 Открытые операции на плевральной полости, кроме дренирования плевральной полости	40%
T02 Открытая операция по резекции плевры	40%
T03 Открытые операции при разрыве диафрагмы	50%
T04 Операции по удалению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	30%
T05 Дренирование одной плевральной полости	5%
Примечание: при выплате по кодам T01, T02, T03, код таблицы T 05 не применяется!	
V. Кости и соединения черепа и позвоночного столба	
Черепные и лицевые кости	
V01 Операции по закрытию дефекта костей черепа	30%
V02 Открытая репозиция костных отломков в случае перелома верхней челюсти	20%
V03 Фиксация лицевой кости металлоконструкцией	10%
Челюсть и височно-челюстной сустав	
V04 Резекция нижней челюсти	50%
V05 Фиксация нижней челюсти металлоконструкцией	15%
V06 Открытые операции на височно-челюстном суставе	10%
Кости и суставы позвоночного столба	
V07 Открытые операции на шейном отделе позвоночного столба	30%
V08 Открытые операции на грудном отделе позвоночного столба	30%
V09 Открытые операции на поясничном отделе позвоночного столба	30%
V10 Открытая резекция шейного межпозвоночного диска	50%
V11 Открытая резекция грудного межпозвоночного диска	50%
V12 Открытая резекция поясничного межпозвоночного диска	50%
V13 Артродез сустава шейного отдела позвоночного столба	30%
V14 Артродез других суставов позвоночного столба	25%
V15 Фиксация металлоконструкцией перелома позвоночного столба	20%
V16 Биопсия позвоночного столба	1%
V17 Денервация фасетки сустава позвонка	10%
W. Прочие кости/суставы/сухожилия	
W00 Операция на ахилловом сухожилии	4%
W01 Операция на одной кости кисти с использованием металлоконструкции	5%
W02 Операция на одной кости стопы с использованием металлоконструкции	10%
W03 Операция на кости предплечья с использованием металлоконструкции	10%
W04 Операция на кости голени с использованием металлоконструкции	30%
W05 Операция на плечевой кости с использованием металлоконструкции	35%
W06 Операция на бедренной кости с использованием металлоконструкции	45%
W07 Трансплантация костного мозга	20%
Сустав	
W08 Артроскопия/дренирование одного (любого) сустава	1%
W09 Операция на акромиально-ключичном сочленении	3%
W10 Операция на внутрисуставных связках одного коленного сустава	4%
W11 Операция на менисках одного коленного сустава	5%

W12 Операция на тазобедренном суставе с тотальным его протезированием	60%
W13 Операция на коленном суставе с установкой протеза	45%
W14 Открытая репозиция при вывихах сустава	15%
X. Прочие операции	
X01 Реплантация верхней конечности	100%
X02 Реплантация нижней конечности	100%
X03 Реплантация другого органа	100%
X04 Имплантация протеза конечности	75%
X05 Ампутация верхней конечности	40%
X06 Ампутация нижней конечности	50%
X07 Дренирование полостей: брюшной, грудной, средостения, подкожно-жировой клетчатки, кроме плевральной	5%
X08 Санация брюшной полости	4%
X09 Санация малого таза	3%

Приложение № 9 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ХИРУРГИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАТНОГО СЛУЧАЯ»

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Хирургическое вмешательство — оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в период срока страхования несчастным случаем, предусмотренное соответствующей Таблицей страховых выплат (Раздел 5 настоящего Приложения).

Хирургические вмешательства подразумевают способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионожа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая.

Хирургическое вмешательство должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением).

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском являются следующие события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Хирургические вмешательства Застрахованному в результате несчастного случая, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства».

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;

- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- копию свидетельства о постановке Выгодоприобретателя на налоговый учет.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1. настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится Застрахованному в соответствующем проценте от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Хирургические вмешательства Застрахованному при несчастном случае, предусмотренные «Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства». Таблица страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства» приведена в Разделе 5 настоящего Приложения).

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. В случае если во время одного хирургического вмешательства Застрахованному проводятся две и более хирургические операции, предусмотренные Таблицей страховых выплат, то страховым случаем признается только одна операция, произведенная в результате этого хирургического вмешательства, по которой предусмотрен наибольший процент в соответствии с Таблицей страховых выплат по риску «Хирургические вмешательства».

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

5. ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПО РИСКУ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА»

Код, описание операции	Размер выплаты в % от страховой суммы
А. Нервная система	
А 01 Обширное иссечение ткани мозга (не менее одной доли мозга)	100%
А 02 Иссечение поражённого участка ткани мозга	75%
А 03 Стереотаксическая операция на ткани мозга	65%
А 04 Прочие открытые операции на ткани мозга	40%
Желудочек головного мозга и субарахноидальное пространство	
А 05 Создание соединения с желудочком головного мозга	30%
Черепно-мозговые нервы	
А 06 Интракраниальное пересечение черепно-мозгового нерва	40%
Спинной мозг и прочее содержание спинного канала	
А 07 Частичная экстирпация спинного мозга	75%
А 08 Прочие открытые операции на спинном мозге, кроме диагностических процедур	75%
А 09 Операции на корешке спинномозгового нерва	30%
Периферические нервы	
А 10 Иссечение цервикального симпатического нерва	30%
А 11 Химическое разрушение симпатического нерва	30%
А 12 Криотерапия симпатического нерва	30%
А 13 Радиочастотное управляемое тепловое разрушение симпатического нерва	30%
В. Эндокринная система и грудная область	
Гипофиз и шишковидная железа	
В 01 Операции на гипофизе	50%
В 02 Операции на шишковидной железе	30%
Щитовидная железа	
В 03 Удаление всей щитовидной железы	50%
В 03-1 Резекция доли щитовидной железы	25%
Прочие эндокринные железы	
В 04 Резекция тимуса	25%
В 05 Операции на гормонпродуцирующей ткани надпочечника, кроме диагностических процедур	30%
В 06 Резекция надпочечника	40%

Молочная железа	
B 07 Тотальная резекция молочной железы	50%
B 08 Секторальная резекция молочной железы	20%
C. Глазное яблоко	
Глазница	
C 01 Пластика глазницы	50%
C 02 Рассечение глазницы	50%
C 03 Прочие операции на глазнице	50%
Слёзный аппарат	
C 04 Бужирование слезоотводящего канала вне зависимости от количества процедур	10%
Мышцы глазного яблока	
C 05 Операции на мышце (одной) глазного яблока	2%
C 06 Операции на роговице	15%
C 07 Операции по прикреплению сетчатки	15%
C 08 Протез хрусталика	15%
C 09 Операции на стекловидном теле	20%
Примечание: При выплате по кодам C 07, C 08, C 09, код таблицы C 06 не применяется!	
D. Ухо	
Сосцевидный отросток и среднее ухо	
D 01 Операции на слуховых косточках одного уха	25%
Внутреннее ухо	
D 02 Операции на вестибулярном аппарате	30%
D 03 Операции на внутреннем ухе	30%
E. Дыхательные пути	
E 01 Резекция глотки	50%
E 02 Резекция гортани	50%
E 03 Частичная резекция трахеи	50%
E 04 Открытые операции на трахее, кроме наложения трахеотомических отверстий	50%
Примечание: при выплате по коду E 03, код E 04 не применяется	
Лёгкое и средостение	
E 05 Трансплантация лёгкого	75%
E 06 Открытые операции на средостении, кроме диагностических процедур	50%
F. Ротовая полость	
Слюнный аппарат	
F 01 Операции на слюнном протоке	15%
G. Верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
Пищевод	
G 01 Резекция пищевода и желудка	75%
G 02 Тотальная резекция пищевода	65%
G 03 Частичная резекция пищевода	50%
G 04 Фиброоптическая эндоскопическая экстирпация повреждённого участка пищевода	50%
Желудок и верхний отдел желудочно-кишечного тракта	
G 05 Тотальная резекция желудка	65%
G 06 Частичная резекция желудка	50%
G 07 Соединение желудка и двенадцатиперстной кишки (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%

G 08 Соединение желудка с транспонированной тощей кишкой (наложение гастроэнтероанастомоза)	10%
G 09 Прочие соединения желудка с тощей кишкой (прочие анастомозы)	10%
Двенадцатиперстная кишка	
G 10 Резекция двенадцатиперстной кишки	40%
G 11 Лапаротомические (открытый доступ) операции по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, исключая резекцию двенадцатиперстной кишки	30%
Подвздошная кишка	
G 12 Резекция подвздошной кишки	40%
G 13 Открытая экстирпация повреждённого участка подвздошной кишки	40%
Примечание: при выплате по коду G 12, код G 13 не применятся	
H. Нижние отделы желудочно-кишечного тракта	
Толстая кишка	
H 01 Тотальная резекция толстой кишки и прямой кишки	75%
H 02 Тотальная резекция толстой кишки	50%
H 03 Расширенная резекция правого отдела толстой кишки	50%
H 04 Прочие операции по резекции правого отдела толстой кишки (кроме аппенедектомии)	50%
H 05 Резекция поперечной толстой кишки	50%
H 06 Резекция левого отдела толстой кишки	50%
H 07 Резекция сигмовидной ободочной кишки	50%
H 08 Аппендектомия	15%
H 09 Эндоскопические операции на толстой кишке, кроме диагностических процедур	20%
Прямая кишка	
H 10 Резекция прямой кишки	65%
J. Прочие органы абдоминальной области, преимущественно желудочно-кишечного тракта	
Печень	
J 01 Трансплантация печени	100%
J 02 Частичная резекция печени	75%
Желчные протоки	
J 03 Эндоскопические манипуляции на сфинктере Одди	20%
Поджелудочная железа	
J 04 Трансплантация поджелудочной железы	100%
J 05 Тотальная резекция поджелудочной железы	100%
J 06 Резекция головки поджелудочной железы	40%
J 07 Экстирпация поражённого участка поджелудочной железы, кроме резекции головки поджелудочной железы	50%
J08 Операции на выводном протоке поджелудочной железы	30%
K. Сердце	
Перегородка и камеры сердца	
K 01 Трансплантация сердца и легкого	100%
K 02 Открытые операции на сердце по поводу проникающих ранений сердца	75%
K 03 Прочие виды трансплантации сердца	100%
K 04 Операции по поводу ранений крупных сосудов (грудной отдел аорты, легочная артерия, кроме коронарных артерий)	75%
K 05 Закрытие дефекта предсердно-желудочковой перегородки	50%
K 06Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межжелудочковой перегородке	50%

К 07 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции по ликвидации дефекта межпредсердной перегородке	50%
К 08 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межжелудочковой перегородке	30%
К 09 Закрытые (эндоваскулярные) операции на межпредсердной перегородке	30%
Клапаны сердца, артерии сердца и смежные структуры	
К 10 Закрытые (эндоваскулярные) операции на клапанах сердца	20%
К 11 Открытые (с любым вариантом стернотомии) операции на клапанах сердца	75%
К 12 Операции по разрешению гемоперикарда	10%
Коронарная артерия	
К 13 Эндоваскулярные операции на одной артерии сердца	20%
К 14 Аорто-коронарное шунтирование	75%
Прочие отделы сердца и перикарда	
К 15 Открытые операции на проводящей системе сердца	75%
К 16 Эндоваскулярные операции на проводящей системе сердца	20%
L. Артерии и Вены	
Крупные сосуды и лёгочная артерия	
L01 Создание шунта от аорты к лёгочной артерии с использованием протеза	50%
L02 Протезирование лёгочной артерии	50%
Аорта/сонные артерии/мозговые артерии	
L 03 Внеанатомическое шунтирование аорты	55%
L 04 Прочие виды реплантации сегмента аневризмы аорты	75%
L 05 Прочие виды шунтирования сегмента аорты	75%
L 06 Открытые операции на аорте	75%
L 07 Эндоваскулярные операции на аорте	40%
L 08 Эндоваскулярные операции на сонной артерии	30%
L 09 Операции на сонной артерии с открытым доступом	50%
L 10 Операции на аневризме мозговой артерии	50%
L 11 Открытые операции на мозговой артерии	50%
Абдоминальные ветви аорты	
L 12 Эндоваскулярные операции на почечной артерии	10%
L 13 Открытые операции на почечной артерии	40%
L 14 Открытые операции на прочих висцеральных ветвях брюшной аорты	20%
Подвздошные и бедренные артерии	
L 15 Открытая операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	45%
L 16 Эндоваскулярная операция по удалению аневризмы подвздошной артерии	30%
L 17 Открытые операции по шунтированию подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	45%
L 18 Операция по установке протеза части подвздошной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 19 Открытая операция по ликвидации аневризмы бедренной артерии (не эндоваскулярные)	35%
L 20 Открытые операции по шунтированию бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
L 21 Операция по установке протеза части бедренной артерии (не эндоваскулярные)	20%
M. Мочевая система	
M 00 Резекция одной почки	30%
M 01 Трансплантация почки	100%
Выходное отверстие мочевого пузыря и простата (M51-M70)	
M 02 Открытые полостные операции на мочевом пузыре	45%
M 03 Эндоскопические операции на мочевом пузыре	25%

S. Кожа	
S 01 Удаление злокачественных новообразований кожи, подтвержденных гистологическим исследованием	20%
S 02 Удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожно жировой клетчатки	5%
Плевра, грудная стенка и диафрагма	
T01 Открытые операции на плевральной полости, кроме дренирования плевральной полости	40%
T02 Открытая операция по резекции плевры	40%
T03 Открытые операции при разрыве диафрагмы	50%
T04 Операции по удалению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	30%
T05 Дренирование одной плевральной полости	5%
Примечание: при выплате по кодам T01, T02, T03, код таблицы T 05 не применяется!	
V. Кости и соединения черепа и позвоночного столба	
Черепные и лицевые кости	
V01 Операции по закрытию дефекта костей черепа	30%
V02 Открытая репозиция костных отломков в случае перелома верхней челюсти	20%
V03 Фиксация лицевой кости металлоконструкцией	10%
Челюсть и височно-челюстной сустав	
V04 Резекция нижней челюсти	50%
V05 Фиксация нижней челюсти металлоконструкцией	15%
V06 Открытые операции на височно-челюстном суставе	10%
Кости и суставы позвоночного столба	
V07 Открытые операции на шейном отделе позвоночного столба	30%
V08 Открытые операции на грудном отделе позвоночного столба	30%
V09 Открытые операции на поясничном отделе позвоночного столба	30%
V10 Открытая резекция шейного межпозвоночного диска	50%
V11 Открытая резекция грудного межпозвоночного диска	50%
V12 Открытая резекция поясничного межпозвоночного диска	50%
V13 Артродез сустава шейного отдела позвоночного столба	30%
V14 Артродез других суставов позвоночного столба	25%
V15 Фиксация металлоконструкцией перелома позвоночного столба	20%
V16 Биопсия позвоночного столба	1%
V17 Денервация фасетки сустава позвонка	10%
W. Прочие кости/суставы/сухожилия	
W00 Операция на ахилловом сухожилии	4%
W01 Операция на одной кости кисти с использованием металлоконструкции	5%
W02 Операция на одной кости стопы с использованием металлоконструкции	10%
W03 Операция на кости предплечья с использованием металлоконструкции	10%
W04 Операция на кости голени с использованием металлоконструкции	30%
W05 Операция на плечевой кости с использованием металлоконструкции	35%
W06 Операция на бедренной кости с использованием металлоконструкции	45%
W07 Трансплантация костного мозга	20%
Сустав	
W08 Артроскопия/дренирование одного (любого) сустава	1%
W09 Операция на акромиально-ключичном сочленении	3%
W10 Операция на внутрисуставных связках одного коленного сустава	4%
W11 Операция на менисках одного коленного сустава	5%

W12 Операция на тазобедренном суставе с тотальным его протезированием	60%
W13 Операция на коленном суставе с установкой протеза	45%
W14 Открытая репозиция при вывихах сустава	15%
X. Прочие операции	
X01 Реплантация верхней конечности	100%
X02 Реплантация нижней конечности	100%
X03 Реплантация другого органа	100%
X04 Имплантация протеза конечности	75%
X05 Ампутация верхней конечности	40%
X06 Ампутация нижней конечности	50%
X07 Дренирование полостей: брюшной, грудной, средостения, подкожно-жировой клетчатки, кроме плевральной	5%
X08 Санация брюшной полости	4%
X09 Санация малого таза	3%

Приложение № 10 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ» (вариант 2)

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Госпитализация — стационарное лечение Застрахованного, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем или болезнью.

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Госпитализация Застрахованного по любой причине.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 65 (шестидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда,

извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю) со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится в размере 0,2% от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Госпитализация Застрахованного), указанной в Договоре страхования, за каждые сутки госпитализации, начиная с 8-х (восьмых) суток, вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не более чем за 30 (тридцать) суток по одному страховому случаю, и не более чем за 120 (сто двадцать) суток госпитализации за каждый страховой год по всем страховым случаям. Повторная госпитализация (повторные госпитализации) в связи с одним и тем же несчастным случаем или болезнью (заболеванием) будет рассматриваться как один страховой случай с применением соответствующих ограничений по сроку госпитализации по одному страховому случаю.

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. Страховые выплаты не осуществляются за время пребывания Застрахованного в стационаре для проведения медицинского обследования; проживания Застрахованного в клинике или санатории, доме отдыха, на курорте, в том числе для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 11 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Госпитализация — стационарное лечение Застрахованного, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем.

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь, Застрахованный, обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копию Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда,

извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю) со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Страховая выплата производится в размере 0,2% от страховой суммы по настоящей Дополнительной программе (страховому риску Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая), указанной в Договоре страхования, за каждые сутки госпитализации, начиная с 8-х (восьмых) суток, вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не более чем за 30 (тридцать) суток по одному страховому случаю, и не более чем за 120 (сто двадцать) суток госпитализации за каждый страховой год по всем страховым случаям. Повторная госпитализация (повторные госпитализации) в связи с одним и тем же несчастным случаем будет рассматриваться как один страховой случай с применением соответствующих ограничений по сроку госпитализации по одному страховому случаю.

При этом общая сумма выплат за весь период действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.6. Страховые выплаты не осуществляются за время пребывания Застрахованного в стационаре для проведения медицинского обследования; проживания Застрахованного в клинике или санатории, доме отдыха, на курорте, в том числе для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса

лечения; задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 12 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ИНВАЛИДНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО» (Вариант 2)

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Инвалидность Застрахованного 1 группы.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме до окончания срока действия Договора страхования.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 65 (шестидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе.

3.6. После осуществления страховой выплаты действие Договора страхования в отношении настоящей программы прекращается.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 13 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ИНВАЛИДНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Инвалидность Застрахованного 1-й, 2-й или 3-й группы в результате несчастного случая.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме до окончания срока действия Договора страхования.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- оригинал справки органа МСЭ, об установлении группы инвалидности или его нотариально заверенную копию;
- оригинал направления на МСЭ, выданный медицинским учреждением (копия, заверенная выдавшим учреждением, либо нотариально заверенная копия);
- оригиналы или заверенные медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, переводные, этапные, выписные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ/МРТ, карты травматологического больного, история родов, заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного, заверенные копии истории болезни, заверенные копии карт амбулаторного больного и т.п.), листок временной нетрудоспособности;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда,

извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного (его законного представителя) одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Выплата производится в размере:

- при установлении Застрахованному 1-й группы инвалидности – 100% от страховой суммы по настоящей программе;
- при установлении Застрахованному 2-й группы инвалидности – 75% от страховой суммы по настоящей программе;
- при установлении Застрахованному 3-й группы инвалидности – 50% от страховой суммы по настоящей программе.

3.6. При этом общая сумма выплат за весь период действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по настоящей программе.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 14 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СМЕРТЬ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Смерть Застрахованного по любой причине.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме до окончания срока действия Договора страхования.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 65 (шестидесяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Выгодоприобретатель обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;
- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением, его выдавшим, либо нотариально заверенную копию;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (для наследников);
- заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;
- заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;
- копию акта судебно-медицинского исследования/Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Выгодоприобретателя одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе.

3.6. После осуществления страховой выплаты действие Договора страхования в отношении настоящей программы прекращается.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 15 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая.

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме до окончания срока действия Договора страхования.

Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидясяти пяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Выгодоприобретатель обязан предоставить документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;
- копия Договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) Выгодоприобретателя;
- нотариально заверенную копию справки о смерти Застрахованного;
- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- копию медицинского свидетельства о смерти, заверенную учреждением, его выдавшим, либо нотариально заверенную копию;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (для наследников);
- заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;
- заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/ или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;
- копию акта судебно-медицинского исследования/Акт судебно-медицинского обследования/заключение эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;

- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, извещение о дорожно-транспортном происшествии, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.

3.2. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан заключительный диагноз, а также должно быть не менее 2-х печатей (штампов) медицинского учреждения.

Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.3. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Выгодоприобретателя одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

Страховщик имеет право принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате при отсутствии некоторых документов, указанных в п. 3.1 настоящего Приложения, при условии достаточности полученных документов для принятия решения.

3.4. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

3.5. Выплата производится в размере 100% страховой суммы по настоящей программе.

3.6. После осуществления страховой выплаты действие Договора страхования в отношении настоящей программы прекращается.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.

Приложение № 16 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СЧАСТЛИВОЕ БУДУЩЕЕ»

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:
Сервисная компания (Сервисная организация) — компания, утвержденная Страховщиком, осуществляющая организацию медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования.

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Обращение Застрахованного в течение срока страхования к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение для получения медицинских и иных услуг в порядке, предусмотренном Программой страхования, являющейся приложением к Договору страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и (или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий).

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

с 14-го (четырнадцатого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.
Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.2. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 60 (шестидесяти) полных лет.

2.3. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3.ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1 Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

3.2 Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованному услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию услуг с Сервисными компаниями и Медицинскими организациями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

3.3 Сервисные компании и Медицинские организации в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, а также медицинские и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным между Сервисной компанией и указанными учреждениями, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и Программой страхования. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются

соответствующим договором между Страховщиком и Сервисной компанией, договором между Страховщиком и Медицинской организацией.

3.4 Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой страхования услуг в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний/Медицинских организаций/учреждений, оказавших указанные услуги. Общий размер страховых выплат по настоящей Дополнительной программе не может быть больше размера страховой суммы, указанной для данного риска в Договоре страхования.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий

Приложение № 1 к дополнительной программе страхования «СЧАСТЛИВОЕ БУДУЩЕЕ»

Программа добровольного медицинского страхования «Счастливое будущее» (базовая)

В целях получения услуг по настоящей Программе Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год и предоставление Застрахованному медицинских услуг по верификации диагноза и лечению впервые выявленных в результате обследования заболеваний, предусмотренных настоящей Программой, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. **Медицинские услуги**

1.1.1. Профилактическое обследование, которое состоит из базового блока и 1 (одного) узкопрофильного блока на выбор Застрахованного: гинекология (для женщин), урология (для мужчин), кардиология, эндокринология, неврология, гастроэнтерология, дерматология.

1.1.1.1. Базовый блок:

- лабораторная диагностика: общий анализ мочи (с микроскопией осадка), клинический (общий) анализ крови, лейкоцитарная формула, СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов), холестерин общий, мочевина, мочевая кислота, АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза), АлАТ (АЛТ, Аланинаминотрансфераза), креатинин, глюкоза из вены, железо, забор крови из вены;
- консультация врача-терапевта по результатам обследования.

1.1.1.2. Узкопрофильные блоки:

1.1.1.2.1. Гинекология (для женщин):

- прием и консультация врача-гинеколога первичный;
- прием и консультация врача-гинеколога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор гинекологического мазка, цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Trichomonas vaginalis (соскоб), Вирус папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58 (соскоб), высокий риск (качественный результат);
- инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (с расшифровкой), УЗИ молочных желез (с расшифровкой).

1.1.1.2.2. Урология (для мужчин):

- прием и консультация врача-уролога первичный;
- прием и консультация врача-уролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор мазков, Простатспецифический антиген (ПСА), мазок из уретры (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Гонорея (Neisseria gonorrhoeae, соскоб), Трихомонада (Trichomonas vaginalis, соскоб), спермограмма;
- инструментальная диагностика: УЗИ почек и надпочечников (с расшифровкой), УЗИ/ТРУЗИ предстательной железы (с расшифровкой), УЗИ мочевого пузыря (с расшифровкой).

1.1.1.2.3. Кардиология:

- прием и консультация врача-кардиолога первичный;
- прием и консультация врача-кардиолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: ЛПВП-холестерин, ЛПНП-холестерин, триглицериды;
- инструментальные исследования: ЭКГ (с расшифровкой), ЭХО-КГ эхокардиография (с расшифровкой).

1.1.1.2.4. Эндокринология:

- прием и консультация врача-эндокринолога первичный;

- прием и консультация врача-эндокринолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: Т3 общий, тироксин свободный (Т4 свободный), тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин), Анти-ТГ, гликированный гемоглобин;
- инструментальная диагностика: УЗИ щитовидной железы и лимфоузлов (с ЦДК или без) (с расшифровкой).
1.1.1.2.5. Неврология:
- прием и консультация врача-невролога первичный;
- прием и консультация врача-невролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: УЗДГ сосудов шеи и головы (с расшифровкой), ЭЭГ (электроэнцефалография) (с расшифровкой).
1.1.1.2.6. Гастроэнтерология:
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога первичный;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: альфа-амилаза, гамма-глютамилтранспептидаза (гамма-ГТ; ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), билирубин общий в крови, связанный (прямой) билирубин;
- инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости (с расшифровкой); гастроскопия или эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (с расшифровкой).
1.1.1.2.7. Дерматология:
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога первичный;
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: дерматоскопия (с расшифровкой), осмотр с помощью лампы Вуда;
- микроскопические исследования соскобов кожи (по назначению врача).
1.1.2. Письменное заключение с рекомендациями по результатам обследования.

1.1.3. Телемедицинские онлайн-консультации с врачами ГК «Мать и дитя»:

- онлайн-консультация врача терапевта и/или узкопрофильного врача (гинеколога, уролога у мужчин, кардиолога, невролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога или дерматовенеролога) в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком по результатам проведенного обследования и дальнейшего наблюдения, и лечения (в случае необходимости);

- онлайн-консультация узкопрофильного врача (гинеколога, уролога у мужчин, кардиолога, невролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога или дерматовенеролога) в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком по медицинским документам, по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»).

1.1.4. В случае первичного выявления (подозрения) врачом узкопрофильного блока (уролог, гинеколог, эндокринолог, кардиолог, невролог, гастроэнтеролог, дерматолог или дерматовенеролог) в результате пройденного в рамках программы обследования заболеваний в соответствии с п. 1.2. настоящей Программы (далее – Заболевание) Застрахованному предоставляются следующие услуги:
1.1.4.1. амбулаторно-поликлинические медицинские услуги для постановки/верификации диагноза по выявленным Заболеваниям, включая консультации врача-специалиста, лабораторную и инструментальную диагностику, по назначению врача-специалиста, проводившего обследование;

1.1.4.2. медицинские услуги с целью лечения впервые выявленного в рамках Программы Заболевания по результатам постановки/верификации диагноза, строго по назначению лечащего врача:

- динамическое наблюдение по поводу Заболевания, впервые выявленного в рамках Программы: повторная консультация профильного врача-специалиста, лабораторная и инструментальная диагностика (по назначению профильного врача-специалиста).

1.1.5. В случае первичного выявления в результате пройденного в рамках программы обследования онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:

1.1.5.1. медицинские услуги для верификации диагноза, которые включают:

- консультацию врача-онколога, второе медицинское мнение;

- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;

- инструментальную диагностику (МРТ, КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога);

- биопсия (по назначению врача-онколога).

1.1.5.2. сохранение репродуктивного потенциала путем забора, криоконсервации и хранения биоматериала (эмбрионов, яйцеклеток, спермы) в течение 1 (одного) года с момента криоконсервации в случае назначения терапии, которая может оказать негативное воздействие на репродуктивные возможности Застрахованного (химиотерапия, лучевая терапия), которые в том числе включают:

- обследование качества биоматериала, который подлежит сохранению;

- лабораторное обследование Застрахованного по назначению врача.

1.2. Заболевания, в отношении которых оказываются медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1.4. настоящей Программы:
Впервые выявленные по результатам обследования в рамках настоящей Программы заболевания:
1.2.1. Для узкопрофильного блока гинекология: Эрозия шейки матки (код по МКБ-10 – N86); Образования яичников – (код по МКБ-10 – D27); Образования матки (миома) (код по МКБ-10 – D25); Нарушение репродуктивной системы/бесплодие (код по МКБ-10 – N97); Воспалительные болезни женских тазовых органов (код по МКБ-10 – N70).

1.2.2. Для узкопрофильного блока урология: Воспалительные болезни предстательной железы (код по МКБ-10 – N41); Нарушение репродуктивной функции/мужское бесплодие (код по МКБ-10 – N46); Варикоцеле (код по МКБ-10 – I86.1).

1.2.3 Для узкопрофильного блока кардиология: Эссенциальная (первичная) гипертензия (код по МКБ-10 — I10); Стенокардия (код по МКБ-10 — I20); Фиблилляция и трепетание предсердий (код по МКБ-10 — I48); Другие нарушения сердечного ритма (код по МКБ-10 — I49); Сердечная недостаточность (код по МКБ-10 — I50).

1.2.4. Для узкопрофильного блока эндокринология: Гипотиреоз (код по МКБ-10 — E03); Гипертиреоз (код по МКБ-10 — E05); Сахарный диабет I типа (код по МКБ-10 — E10); Сахарный диабет II типа (код по МКБ-10 — E11).

1.2.5 Для узкопрофильного блока неврология: Доброкачественная внутричерепная гипертензия (код по МКБ-10 — G93); Мигрень (код по МКБ-10 — G43); Другие синдромы головной боли (код по МКБ-10 — G44).

1.2.6. Для узкопрофильного блока гастроэнтерология: Гастроэзофагеальный рефлюкс (код по МКБ-10 — K21); Гастрит неуточненный (код по МКБ-10 — K29.7); Язва желудка (код по МКБ-10 — K25); Язва двенадцатиперстной кишки (код по МКБ-10 — K26).

1.2.7. Для узкопрофильного блока дерматология: Питириаз розовый [Жибера] (код по МКБ-10 L42); Лишай красный плоский (код по МКБ-10 — L43); Меланоформный невус (код по МКБ-10 — D22); Другие уточненные болезни фолликулов (код по МКБ-10 — L73.8).

1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:
1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.
1.3.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.
1.3.3. В случае первичного выявления в рамках программы Заболеваний (п. 1.2. Программы), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза, лечения выявленных заболеваний;
- сопровождение и курация на протяжении всего курса лечения и динамического наблюдения (в случае необходимости).
1.3.4. В случае первичного выявления в рамках программы онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация необходимых медицинских услуг, указанных в п. 1.1.5. Программы;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.
1.4. Транспортные расходы и расходы на проживание**:**
По настоящей Программе Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает:
1.4.1. В случае если в районе постоянного проживания, Застрахованного нет клиники ГК «Мать и Дитя» и не оказываются необходимые медицинские услуги в клиниках-партнерах: проезд Застрахованного до ближайшей клиники «Мать и Дитя», в соответствии со списком медицинских организаций, размещенных на Официальном сайте Страховщика, с целью получения медицинских услуг, указанных в пп. 1.1.4. и 1.1.5. Программы, и возвращения к месту проживания, а также проживание в гостинице 3*. Уровень сервиса – эконом класс.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8 (800) 500-02-99 для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по программам, услугам, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.
2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 раза), услуга считается полностью оказанной.
2.3. Застрахованный проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.
2.4. В случае первичного выявления в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования заболеваний, указанных в п. 1.2. настоящей Программы, или онкологического заболевания, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания), организует медицинские услуги, необходимые для верификации диагноза.
2.5. После верификации диагноза в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 1.2. настоящей Программы Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения в рамках программы.
2.6. Для получения телемедицинских онлайн консультаций в рамках программы п. 1.1.3. необходимо:
- зайти на сайт www.doctis.ru/activate и активировать полис, либо позвонить по телефону 8 (800) 500-02-99, где помогут авторизоваться, уточнив необходимые для этого данные;
- установить приложение «Доктис» на телефон;

- оставить заявку на медицинскую консультацию можно в мобильном приложении «Доктис» (предпочтительно) или позвонив по номеру 8 (800) 500-02-99.
2.7. Для организации услуг в соответствии с п. 1.4. Программы необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта, при этом:
2.7.1. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) определяет даты и сроки поездки к месту получения медицинских услуг, и возращения к месту проживания и согласовывает их с Застрахованным. При изменении Застрахованным согласованных дат и сроков, о которых ему сообщил Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания), менее чем за 3 (три) рабочих дня, Застрахованный компенсирует Страховщику (его уполномоченному представителю – Сервисной компания) все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по организации поездки Застрахованному, если только такие изменения не были подтверждены Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) как необходимые с медицинской точки зрения;
2.7.2. в случае, если поездка не состоялась по вине Застрахованного, услуга считается полностью оказанной;
2.7.3. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает проживание в стандартном номере в гостинице категории 3* Выбор гостиницы осуществляется с учетом доступности и его близости к Медицинской организации;
2.7.4. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) не компенсирует расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице, в том числе ущерб, нанесенный гостинице;
2.7.5. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности получения медицинских услуг, указанных в п. 1.1. Программы, но не более 3 (трёх) календарных дней.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. В рамках настоящей программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультацию врачей и дополнительные обследования без письменных рекомендаций врача медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями, пороками развития матки;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, не входящих в Программу, и их осложнений;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, которые были диагностированы до начала срока действия Договора страхования;
- услуги, оказанные после окончания Договора страхования, за исключением хранения биоматериала, сохраненного согласно п. 1.1.5.2. Программы согласно обозначенному сроку;
- услуги обследования и лечения партнера Застрахованного, кроме случаев, когда оба супруга являются Застрахованными по настоящей Программе.

Приложение № 2 к дополнительной программе страхования «СЧАСТЛИВОЕ БУДУЩЕЕ»

Программа добровольного медицинского страхования «Счастливое будущее» (расширенная)

В целях получения услуг по настоящей Программе Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год и предоставление Застрахованному медицинских услуг по верификации диагноза и лечению впервые выявленных в результате обследования заболеваний, предусмотренных настоящей Программой, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. **Медицинские услуги**

1.1.1. Профилактическое обследование, которое состоит из базового блока и 1 (одного) узкопрофильного блока на выбор Застрахованного: гинекология (для женщин), урология (для мужчин), кардиология, эндокринология, неврология, гастроэнтерология, дерматология.

1.1.1.1. Базовый блок:

- лабораторная диагностика: общий анализ мочи (с микроскопией осадка), клинический (общий) анализ крови, лейкоцитарная формула, СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов), холестерин общий, мочевина, мочевая кислота, АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза), АлАТ (АЛТ, Аланинаминотрансфераза), креатинин, глюкоза из вены, железо, забор крови из вены;
- консультация врача-терапевта по результатам обследования.

1.1.1.2. Узкопрофильные блоки:

1.1.1.2.1. Гинекология (для женщин):

- прием и консультация врача-гинеколога первичный;
- прием и консультация врача-гинеколога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор гинекологического мазка, цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Trichomonas vaginalis (соскоб), Вирус папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58 (соскоб), высокий риск (качественный результат);
- инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (с расшифровкой), УЗИ молочных желез (с расшифровкой).

1.1.1.2.2. Урология (для мужчин):

- прием и консультация врача-уролога первичный;
- прием и консультация врача-уролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор мазков, Простатспецифический антиген (ПСА), мазок из уретры (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Гонорея (Neisseria gonorrhoeae, соскоб), Трихомонада (Trichomonas vaginalis, соскоб), спермограмма;
- инструментальная диагностика: УЗИ почек и надпочечников (с расшифровкой), УЗИ/ТРУЗИ предстательной железы (с расшифровкой), УЗИ мочевого пузыря (с расшифровкой).

1.1.1.2.3. Кардиология:

- прием и консультация врача-кардиолога первичный;
- прием и консультация врача-кардиолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: ЛПВП-холестерин, ЛПНП-холестерин, триглицериды;
- инструментальные исследования: ЭКГ (с расшифровкой), ЭХО-КГ эхокардиография (с расшифровкой).

1.1.1.2.4. Эндокринология:

- прием и консультация врача-эндокринолога первичный;
- прием и консультация врача-эндокринолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: Т3 общий, тироксин свободный (Т4 свободный), тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин), Анти-ТГ, гликированный гемоглобин;
- инструментальная диагностика: УЗИ щитовидной железы и лимфоузлов (с ЦДК или без) (с расшифровкой).
1.1.1.2.5. Неврология:
- прием и консультация врача-невролога первичный;
- прием и консультация врача-невролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: УЗДГ сосудов шеи и головы (с расшифровкой).
1.1.1.2.6. Гастроэнтерология:
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога первичный;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования
- лабораторная диагностика: альфа-амилаза, гамма-глютамилтранспептидаза (гамма-ГТ; ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), билирубин общий в крови, связанный (прямой) билирубин;
- инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости (с расшифровкой); гастроскопия или эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (с расшифровкой).
1.1.1.2.7. Дерматология:
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога первичный;
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: дерматоскопия (с расшифровкой), осмотр с помощью лампы Вуда;
- микроскопические исследования соскобов кожи (по назначению врача).
1.1.2. Письменное заключение с рекомендациями по результатам обследования.

1.1.3. Телемедицинские онлайн-консультации с врачами ГК «Мать и дитя»:
- онлайн-консультация врача терапевта и/или узкопрофильного врача (гинеколога, уролога у мужчин, кардиолога, невролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога или дерматовенеролога) в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком по результатам проведенного обследования и дальнейшего наблюдения, и лечения (в случае необходимости);
- онлайн-консультация узкопрофильного врача (гинеколога, уролога у мужчин, кардиолога, невролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога или дерматовенеролога) в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком по медицинским документам, по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»).
1.1.4. В случае первичного выявления (подозрения) врачом узкопрофильного блока (уролог, гинеколог, эндокринолог, кардиолог, невролог, гастроэнтеролог, дерматолог или дерматовенеролог) в результате пройденного в рамках Программы обследования заболеваний в соответствии с п. 1.2. настоящей Программы (далее – Заболевание), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
1.1.4.1. амбулаторно-поликлинические медицинские услуги для постановки/верификации диагноза по выявленным Заболеваниям, включая консультации врача-специалиста, лабораторную и инструментальную диагностику, по назначению врача-специалиста, проводившего обследование;

1.1.4.2. медицинские услуги с целью лечения впервые выявленного в рамках Программы Заболевания по результатам постановки/верификации диагноза, строго по назначению лечащего врача:

- динамическое наблюдение по поводу Заболевания, впервые выявленного в рамках Программы: повторная консультация профильного врача-специалиста, лабораторная и инструментальная диагностика, по назначению профильного врача-специалиста;

- услуги, оказываемые в стационаре одного дня;

- предоперационная подготовка;

- процедура ЭКО/внутриматочная инсеминация: медицинские вмешательства, включая ИКСИ/подготовку к ИКСИ; медицинские услуги необходимые для подготовки к процедуре; услуги, оказываемые в стационаре;

исследование крови на ХГЧ через 15 (пятнадцать) дней после процедуры ЭКО; сохранение репродуктивного материала путем криоконсервировании и хранения в течение 6 (шести) месяцев; медикаментозные препараты, необходимые для проведения цикла ЭКО, включая препараты для индукции суперовуляции, гормональной терапии после проведения процедуры переноса эмбриона до момента установления беременности.

1.1.5. В случае первичного выявления в результате пройденного в рамках программы обследования онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:

1.1.5.1. медицинские услуги для верификации диагноза, которые включают:

- консультацию врача-онколога, второе медицинское мнение;

- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;

- инструментальную диагностику (МРТ, КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога);

- биопсия (по назначению врача-онколога).

1.1.5.2. Сохранение репродуктивного потенциала путем забора, криоконсервации и хранения биоматериала (эмбрионов, яйцеклеток, спермы) в течение 1 (одного) года с момента криоконсервации в случае назначения терапии, которая может оказать негативное воздействие на репродуктивные возможности Застрахованного (химиотерапия, лучевая терапия), которые в том числе включают:

- обследование качества биоматериала, который подлежит сохранению;

- лабораторное обследование Застрахованного по назначению врача.

1.2. Заболевания, в отношении которых оказываются медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1.4. настоящей Программы:
Впервые выявленные по результатам обследования в рамках Программы заболевания:
1.2.1. Для узкопрофильного блока гинекология: Эрозия шейки матки (код по МКБ-10 – N86); Образования яичников – (код по МКБ-10 – D27); Образования матки (миома) (код по МКБ-10 – D25); Нарушение репродуктивной системы/бесплодие (код по МКБ-10 – N97); Воспалительные болезни женских тазовых органов (код по МКБ-10 – N70).

1.2.2. Для узкопрофильного блока урология: Воспалительные болезни предстательной железы (код по МКБ-10 – N41); Нарушение репродуктивной функции/мужское бесплодие (код по МКБ-10 – N46); Варикоцеле (код по МКБ-10 – I86.1).

1.2.3 Для узкопрофильного блока кардиология: Эссенциальная (первичная) гипертензия (код по МКБ-10 — I10); Стенокардия (код по МКБ-10 — I20); Фиблилляция и трепетание предсердий (код по МКБ-10 — I48); Другие нарушения сердечного ритма (код по МКБ-10 — I49); Сердечная недостаточность (код по МКБ-10 — I50).

1.2.4. Для узкопрофильного блока эндокринология: Гипотиреоз (код по МКБ-10 — E03); Гипертиреоз (код по МКБ-10 — E05); Сахарный диабет I типа (код по МКБ-10 — E10); Сахарный диабет II типа (код по МКБ-10 — E11).

1.2.5. Для узкопрофильного блока неврология: Доброкачественная внутричерепная гипертензия (код по МКБ-10 — G93); Мигрень (код по МКБ-10 — G43); Другие синдромы головной боли (код по МКБ-10 — G44).

1.2.6. Для узкопрофильного блока гастроэнтерология: Гастроэзофагеальный рефлюкс (код по МКБ-10 — K21); Гастрит неуточненный (код по МКБ-10 — K29.7); Язва желудка (код по МКБ-10 — K25); Язва двенадцатиперстной кишки (код по МКБ-10 — K26).

1.2.7. Для узкопрофильного блока дерматология: Питириаз розовый [Жибера] (код по МКБ-10 L42); Лишай красный плоский (код по МКБ-10 — L43); Меланоформный невус (код по МКБ-10 — D22); Другие уточненные болезни фолликулов (код по МКБ-10 — L73.8).

1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:
1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.
1.3.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.
1.3.3. В случае первичного выявления в рамках Программы Заболеваний (п. 1.2. Программы), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза, лечения выявленных заболеваний;
- сопровождение и курация на протяжении всего курса лечения и динамического наблюдения (в случае необходимости);
- организация процедуры ЭКО при наличии медицинских показаний по результатам верификации диагноза.
1.3.4. В случае первичного выявления в рамках Программы онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация необходимых медицинских услуг, указанных в п. 1.1.5. Программы;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.
1.4. Транспортные расходы и расходы на проживание:
По настоящей Программе Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает:
1.4.1. В случае если в районе постоянного проживания Застрахованного нет клиники «Мать и Дитя», и не оказываются необходимые медицинские услуги в клиниках-партнерах: проезд Застрахованного до ближайшей клиники «Мать и Дитя», в соответствии со списком медицинских организаций, размещенных на Официальном сайте Страховщика, с целью получения медицинских услуг, указанных в пп. 1.1.4. и 1.1.5. настоящей Программы, и возвращения к месту проживания, а также проживание в гостинице 3*. Уровень сервиса – эконом класс.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках Программы Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8 (800) 500-02-99 для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по Программе, услугам, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.
2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее, чем за 24 часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 раза), услуга считается полностью оказанной.

2.3. Застрахованный проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.
2.4. В случае первичного выявления в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования заболеваний, указанных в п. 1.2. Программы, или онкологического заболевания, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания), организует медицинские услуги, необходимые для верификации диагноза.
2.5. После верификации диагноза в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 1.2. настоящей Программы Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения в рамках Программы.
2.6. Для получения телемедицинских онлайн консультаций в рамках п.1.1.3 Программы необходимо:
- зайти на сайт www.doctis.ru/activate и активировать полис, либо позвонить по телефону 8 (800) 500-02-99, где помогут авторизоваться, уточнив необходимые для этого данные;
- установить приложение «Доктис» на телефон;
- оставить заявку на медицинскую консультацию можно в мобильном приложении Доктис (предпочтительно) или позвонив по номеру 8 (800) 500-02-99.
2.7. Для организации услуг в соответствии с п. 1.4. Программы необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта, при этом:
2.7.1. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) определяет даты и сроки поездки к месту получения медицинских услуг, и возращения к месту проживания и согласовывает их с Застрахованным. При изменении Застрахованным согласованных дат и сроков, о которых ему сообщил Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания), менее чем за 3 (три) рабочих дня, Застрахованный компенсирует Страховщику (его уполномоченному представителю – Сервисной компании) все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по организации поездки Застрахованному, если только такие изменения не были подтверждены Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) как необходимые с медицинской точки зрения
2.7.2. в случае если поездка не состоялась по вине Застрахованного, услуга считается полностью оказанной.
2.7.3. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) организовывает и оплачивает проживание в стандартном номере в гостинице категории 3*. Выбор гостиницы осуществляется с учетом доступности и его близости к Медицинской организации;
2.7.4. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) не компенсирует расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице, в том числе ущерб, нанесенный гостинице;
2.7.5. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности получения медицинских услуг, указанных в п. 1.1. Программы, но не более 3 (трех) календарных дней.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультацию врачей и дополнительные обследования без письменных рекомендаций врача Медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями, пороками развития матки;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, не входящих в Программу, и их осложнений;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, которые были диагностированы до начала срока действия Договора страхования;
- услуги, оказанные после окончания Договора страхования, за исключением хранения биоматериала, сохраненного согласно п. 1.1.4.2. и 1.1.5.2. Программы согласно обозначенному сроку;
- услуги обследования и лечения партнера Застрахованного, кроме случаев, когда оба супруга являются Застрахованными по настоящей Программе;
- услуги, связанные с суррогатным материнством;
- услуги, связанные с предоставлением донорских ооцитов;
- более одной процедуры ЭКО.

Приложение № 17 к Полисным условиям по программе страхования «Гармония жизни», утвержденных приказом от 25.12.2020 № 201225-02-од

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»

По тексту настоящего Приложения используется следующее определение:

Временная утрата трудоспособности — нетрудоспособность Застрахованного в результате произошедшего с ним в период срока страхования несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая. Временная утрата трудоспособности подтверждается листком нетрудоспособности (больничным листком), оформленным в соответствии с действующим законодательством.

1. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

1. По настоящей Дополнительной программе страховым риском является следующее событие, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 Полисных условий по программе страхования «Гармония жизни» (далее – Полисные условия):

1.1. Временная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая (далее – «ВНТ НС»).

2. СРОК СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

2.1. Срок страхования по настоящей Дополнительной программе:

2.2. с 1-го (первого) дня, следующего за датой оплаты (первого страхового взноса) страховой премии в полном объеме до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины.

2.3. Если Страхователь за 30 (тридцать) календарных дней до дня окончания срока страхования по настоящей Дополнительной программе не направит письменное заявление Страховщику о намерении исключить настоящую Дополнительную программу, срок страхования по настоящей Дополнительной программе продлевается до 23:59 дня, предшествующего дате очередной страховой годовщины, при условии оплаты страховой премии.

2.4. Срок страхования по настоящей Программе прекращается в дату страховой годовщины, следующей за датой достижения Застрахованным возраста 75 (семидесяти пяти) полных лет.

2.5. Страховая сумма по настоящей программе устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

3.1. При наступлении страхового случая по страховому риску «ВНТ НС» страховая выплата производится в размере 0,2% в день от страховой суммы, определенной для Застрахованного по данному страховому риску, начиная с 16-го (шестнадцатого) дня нетрудоспособности, но не более установленного Договором страхования максимального количества дней в связи с одним страховым случаем и не более установленного Договором страхования максимального количества дней по всем страховым событиям в течение действия договора страхования.

При этом общая сумма выплат за весь срок действия Договора страхования не может превышать 100% страховой суммы по данной Дополнительной программе, указанной в Договоре страхования.

3.2. Повторная временная нетрудоспособность (повторные случаи временной нетрудоспособности) в связи с одним и тем же несчастным случаем будут рассматриваться как один страховой случай с применением соответствующих ограничений по сроку оплачиваемой временной нетрудоспособности по одному страховому случаю.

3.3. Для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по настоящей Дополнительной программе Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- копию договора страхования и всех дополнительных соглашений к нему;
- заявление на страховую выплату, установленной Страховщиком формы, с указанием полных банковских реквизитов Застрахованного;

- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;
- заверенные медицинским учреждением листы временной нетрудоспособности/больничные листы;
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, история болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, амбулаторная карта, рентгенологические снимки, снимки КТ, МРТ), подтверждающие факт наступления страхового случая и степень ущерба для здоровья Застрахованного;
- документы, необходимые для установления причин и характера события, имеющего признаки страхового случая (заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, копии протокола об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, документы из правоохранительных органов, копию постановления суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, извещение о дорожно-транспортном происшествии);
- копию свидетельства о постановке на налоговый учет Выгодоприобретателя.

3.4. Все документы, предусмотренные настоящим Разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

3.5. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 3.3. настоящего Приложения, и устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик:

- случае признания произошедшего события страховым случаем составляет страховой акт;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, в том числе, в соответствии с п. 10.3.6. Полисных условий, принимает решение об отсрочке страховой выплаты, о чем в срок 15 (пятнадцати) рабочих дней письменно извещает Застрахованного одним из способов, указанных в п. 5.9. Полисных условий;
- в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем в последующие 3 (три) рабочих дня письменно сообщает Застрахованному (его законному представителю), Выгодоприобретателю со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и Полисных условий.

3.6. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате по настоящей программе она осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты составления страхового акта путем перечисления денежных средств на банковский счет получателя. Днем выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика. Если Договор страхования номинирован в валюте, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Приложением, действуют положения Полисных условий.