УТВЕРЖДЕНО
Генеральным директором
АО «СК БЛАГОСОСТОЯНИЕ»
Д.А. Максимовым

«21» сентября 2017 года

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРВИЧНОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Настоящие Общие правила страхования от несчастных случаев и болезней, первичного диагностирования критических заболеваний (далее именуемые – «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, первичного диагностирования критических заболеваний (далее именуемого – «Договор»).

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Часть I включает определения терминов, используемых в Правилах и Договорах, а также общие условия для всех Программ страхования по настоящим Правилам.

Часть II включает страховые риски, исключения из страхового покрытия, перечень документов, предоставляемых Страховщику при наступлении страхового случая.

1. Терминология

1.1. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются следующие термины:

Страховщик - Акционерное общество «Страховая компания БЛАГОСОСТОЯНИЕ» (ОГРН 1057748388378, регистрационный номер субъекта страхового дела 3991, лицензия СЛ № 3991 выдана органом страхового надзора, срок действия лицензии: бессрочно), которое заключает Договор со Страхователем в соответствии с Правилами.

Страхователь - дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с Правилами и уплачивающее страховые взносы по Договору. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным по Договору.

Застрахованный - физическое лицо в возрасте от 1 до 65 лет, являющееся Страхователем или родственником Страхователя, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда здоровью Застрахованного, на случай его смерти, первичного диагностирования критического заболевания или наступления в его жизни иного предусмотренного Договором события (страхового случая).

Родственник - лицо, находящееся в законном или гражданском браке со Страхователем (супруг, супруга), или находящееся в родственной связи со Страхователем, его супругом (супругой) по прямой нисходящей линии (ребенок), а также лицо, усыновленное Страхователем или его супругом (супругой).

Договоры страхования - Договоры, заключенные в отношении единственного Застрахованного или нескольких Застрахованных, находящихся в родственной связи, кроме случаев, когда заключение данных Договоров обусловлено соглашениями между Застрахованными и их кредиторами.

Выгодоприобретатель - физическое лицо, которому принадлежит право на получение страховых выплат. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено Договором. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Если последнее не установлено, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством Российской Федерации, которые получают страховую выплату в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство. При страховании несовершеннолетнего Выгодоприобретателем является Страхователь, являющийся законным представителем Застрахованного-несовершеннолетнего.

Страховая сумма - определенная Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховых выплат и в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору.

Страховая выплата - денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором.

Страховая премия - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении, и уплачивается Страховщику в качестве платы за страхование.

Страховой взнос – часть страховой премии, подлежащей уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

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

Программа страхования - перечень страховых рисков, а также лимиты ответственности Страховщика по Программе в целом и по отдельным видам покрытий.

Льготный период - устанавливаемый в соответствии с Правилами срок, в течение которого действие страхования по Договору не приостанавливается при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов. При уплате очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода Страхователь освобождается от обязанности уплатить пеню за несвоевременную уплату страхового взноса (если такая пеня предусмотрена Договором).

Выжидательный период - период времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого предусмотренные Договором страховые риски признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в Договоре или в дополнительном соглашении к нему. Выжидательный период и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон Договора при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика. Выжидательный период может также предусматривать условие, что страховые риски, реализующиеся в данный период не признаются страховыми случаями.

Срок страхования - период времени, определяемый Договором, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором. Срок страхования состоит из Периодов страхования. Первый Период страхования начинается с 00 часов 00 минут первого числа календарного месяца, следующего за датой заключения Договора. Периоды страхования равны одному календарному месяцу.

Список – список критических заболеваний, на которые распространяется страховая защита в рамках настоящих Правил и Договора.

Инвалидность - социальная недостаточность Застрахованного вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Группы инвалидности соответствуют группам, установленным федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, для характеристики степени инвалидности и требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера.
В целях осуществления страхования в рамках настоящих Правил применяются определения категорий «ребенок-инвалид» - со сроком установления на 1 год, 2 года, либо до достижения гражданином возраста 18 лет, соответствующие понятиям установления III, II, I групп инвалидности Застрахованного-взрослого соответственно.

Временная нетрудоспособность - неспособность Застрахованного вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором, подтвержденная листком

нетрудоспособности. Риск «Временная нетрудоспособность» не применяется при страховании детей и неработающих лиц.

Несчастный случай - внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических и т.п.) событие, за исключением эмоционального воздействия, не являющееся следствием заболевания или его лечения (за исключением неправильных медицинских манипуляций), 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 здоровью Застрахованного или его смерть. Не относится к несчастным случаям любые формы острых, хронических, наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения внутренних органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания), а также солнечные ожоги (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного, и случаев, когда такие ожоги имели место в результате действий или бездействия третьих лиц), пищевая токсикоинфекция (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного по причине: ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиелез, иерсиниоз, другие бактериальные пищевые отравления с установлением диагноза по коду блока А05 МКБ-10) и инфекционные заболевания, за исключением инфекций, занесенных через рану, полученную при телесном повреждении в результате несчастного случая, и за исключением инфекций, произошедших в результате лечения Застрахованного (методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике) от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая. Также не относится к несчастным случаям причинение вреда здоровью, вызванное применением рентгенодиагностики, терапевтических или оперативных методов лечения, кроме случаев, когда необходимость данных процедур вызвана необходимостью лечения Застрахованного (методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике) от последствий телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая.

Телесные повреждения – нарушения анатомической целости или физиологической функции органов и тканей, возникшие в результате внешнего воздействия.

Болезнь (заболевание) - диагностированное квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями. Болезнь (заболевание), признается впервые диагностированной в течение срока страхования, если предварительный диагноз, сформулированный на основании субъективных жалоб пациента и результатов диагностических методов, а также окончательный диагноз, подтвержденный профильным обследованием, установлены в период срока страхования.

Критическое заболевание – диагностированное квалифицированным врачом в течение срока страхования серьезное нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, включенное в список критических заболеваний и соответствующее указанным в списке критериям,.
Из настоящего определения исключаются состояния, по поводу которых Застрахованный обращался за медицинской помощью или проходил лечение до даты начала срока страхования.

Хирургическая операция - медицинская процедура посредством рассечения тканей тела Застрахованного, переносимая Застрахованным по медицинским показаниям и осуществляемая квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами.

Госпитализация - помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

2. Субъекты страхования

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

3. Объект страхования

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

4. Страховые риски. Страховые случаи

4.1. Страховыми рисками признаются указанные в договоре страхования следующие события в жизни Застрахованного:

а) смерть в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (в дальнейшем – риск смерти);

б) установление в течение срока страхования инвалидности I или II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;

в) установление Застрахованному впервые в течение срока страхования заключительного диагноза одного из критических заболеваний из Списка критических заболеваний (далее – риск критического заболевания);

г) госпитализация, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или болезни, впервые диагностированной в течение срока страхования (в дальнейшем – риск госпитализации);

д) телесные повреждения, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;

е) установление в течение срока страхования диагноза клещевого энцефалита; иксодового клещевого боррелиоза (синонимы: болезнь Лайма, Лайм-боррелиоз, клещевая эритема, системный клещевой боррелиоз);

ж) хирургическая операция в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или острого аппендицита диагностированного в течение срока страхования (в дальнейшем – риск операции);

Реализация каждого риска должна быть подтверждена документами, выданными компетентными органами, врачами соответствующей квалификации и (или) медицинскими учреждениями, имеющими соответствующую лицензию.

4.2. Перечень страховых рисков, условия признания страхового риска наступившим страховым случаем, порядок определения размера страховых выплат содержатся в Программе страхования, устанавливаемой Договором.

4.3. Если Договором не предусмотрено иное, страховыми случаями не признаются страховые риски, реализующиеся:

а) в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является получателем страховых выплат, а также лиц, действующих по их поручению;

б) в ходе умышленного совершения (попытки совершения) Застрахованным уголовно наказуемого деяния, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

в) в результате алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного, вследствие употребления им спиртосодержащих жидкостей, наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

г) 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;

д) 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;

е) в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного действовал менее двух лет

или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет (по риску смерти);

ж) 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;

з) в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным;

и) во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);

к) в результате любых заболеваний в присутствии ВИЧ – инфекции и(или) СПИДа;

л) в результате действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

м) во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравниваемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;

н) в результате болезни Застрахованного прямо или косвенно связанной с наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом,

о) в результате болезни / операции Застрахованного, прямо или косвенно связанной с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте 5.3. Правил, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска;

п) в случае, если заболевание, повлиявшее на реализацию страхового риска, прямо или косвенно связано с наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, постоянным/регулярным употреблением наркотических/токсических/алкогольсодержащих веществ;

р) во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий;

с) в неоплаченный период срока страхования (в случае неоплаты страховой премии / взноса в размере и сроки, установленные Договором);

т) в срок действия Выжидательного периода, предусмотренного Программой страхования.

4.4. Если Договором не предусмотрено иное, не признаются страховыми случаями:

а) инвалидность, или госпитализация Застрахованного, или перенесение им хирургической операции, в связи с заболеванием, имевшимся у Застрахованного на дату начала срока страхования;

б) госпитализация или перенесение хирургической операции в связи с добровольным прерыванием беременности, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования;

в) госпитализация, или перенесение хирургической операции в связи со стерилизацией, оплодотворением, рестерилизацией или лечением бесплодия, с лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, с беременностью или родами, лечением заболеваний, передаваемых половым путем, в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии или природного бедствия;

г) госпитализация Застрахованного для проведения его медицинского обследования; нахождение Застрахованного в клинике, отделении восстановительного лечения и/или реабилитации, или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

д) перенесение Застрахованным хирургической операции по лечению ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, по лечению воспалительных заболеваний кожи, тканей и суставов, по удалению шовного материала, по удалению непролиферирующих (неинвазивных) новообразований in-situ, операции в связи с любыми видами рака кожи за исключением пролиферирующей (инвазивной) злокачественной меланомы, неонаталогические процедуры, наложение швов на кожу, операции по устранению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы;

е) перенесение Застрахованным хирургической операции по устранению смещения носовой перегородки, резекции носовой раковины, вазотомии, операции на верхней и нижней челюстных костях (включая имеющую отношение к височно-челюстному суставу), ортогнатической операции, операции по вправлению челюсти, кроме случаев, когда вышеперечисленные операции обусловлены необходимостью лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования, или в связи с лечением злокачественных и (или) доброкачественных новообразований, впервые диагностированных в течение срока страхования;

ж) перенесение Застрахованным хирургической операции для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в результате войны или обстоятельств, приравниваемые к военному положению, вторжения, враждебного действия со стороны иностранного государства (независимо от того, была объявлена война, или нет), гражданской войны, восстания, бунта, революции;

з) установление диагноза критического заболевания, болезни или проведение хирургической операции, если это обусловлено событиями, указанными в п. 4.3 Правил, связано с попыткой Застрахованного совершить самоубийство (независимо от срока действия страхования);

и) установление диагноза критического заболевания, болезни или проведение хирургической операции, если это прямо или косвенно связано с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте 5.3, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска:

к) если диагноз (предварительный и(или) окончательный) критического заболевания, болезни устанавливается или хирургическая операция проводится вне сроков страхования;

л) если критическое заболевание, болезнь диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех Периодов страхования;

м) если диагностика критического заболевания, болезни, телесных повреждений или хирургическая операция проводится врачом, не имеющим необходимой квалификации или с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов;

н) в результате реализации событий, установленных Списком как исключения из страхового покрытия по отношению к каждому критическому заболеванию.

5. Заключение Договора

5.1. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя. При этом, для оценки страховых рисков заявитель или лицо, заявленное на страхование, обязаны сообщить Страховщику следующие сведения:

а) фамилию, имя, отчество, дату и год рождения лица, заявленного на страхование;

б) о действующих договорах страхования, предусматривающих выплаты на случай смерти или инвалидности лица, заявленного на страхование;

в) об устных или письменных заявлениях в другие страховые организации с просьбой заключить договор страхования в отношении лица, заявленного на страхование;

г) о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, включая сведения о заболеваниях / состояниях, перечисленных в пункте 5.3. Правил;

д) о роде деятельности, профессии лица, заявленного на страхование, включая сведения, перечисленные в пункте 5.2. Правил;

е) об увлечениях и особенностях проведения досуга и отдыха лица, заявленного на страхование.

Формат предоставления вышеуказанных сведений, согласовывается между Страховщиком и заявителем или лицом, заявленным на страхование.

Страховщик вправе запросить у заявителя или лица, заявленного на страхование, предоставить по установленной Страховщиком форме:

а) анкету клиента;

б) анкету о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование;

в) выписку из амбулаторной / медицинской карты лица, заявленного на страхование;

г) документ о доходе лица, заявленного на страхование.

Заявление и иные документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, являются неотъемлемой частью Договора.

5.3. Не может являться Застрахованным:

- лицо, которое являлось/является инвалидом (ребенком-инвалидом), в отношении которого принималось врачебное решение о направлении для установления ему группы инвалидности/категории «ребенок-инвалид»; является лицом, имеющим действующее

направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ), и МСЭ рассматривает документы на установление ему группы инвалидности/категории «ребенок-инвалид»;

- лицо, которому устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия, других нервных или психических заболеваний и/или расстройств;
- лицо, которому устанавливался диагноз болезней сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, артериальная гипертония/гипертензия III – IV стадии;
- лицо, перенесшее инфаркт миокарда, операцию на сердце и его сосудах, аорте, операцию шунтирования, стентирования;
- лицо, перенесшее инсульт (нарушение мозгового кровообращения) любого типа;
- лицо, употребляющее наркотические, токсические вещества, которому устанавливался диагноз алкоголизм/наркомания /токсикомания, состоящее по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- лицо, состоящее на учете в психоневрологическом, наркологическом диспансерах;
- лицо, являющееся носителем ВИЧ-инфекции и больное СПИДом.

Данные условия являются заверениями об обстоятельствах в порядке ст. 431.2 Гражданского кодекса РФ, которые при заключении Договора даются Страхователем в отношении Застрахованного, являются существенными согласно ст. 432 Гражданского кодекса РФ, и в случае их несоблюдения Договор считается незаключенным, Страховщик отказывает в страховой выплате и возвращает Страхователю уплаченную последним страховую премию.

5.4. Страховщик вправе требовать заполнения анкеты о состоянии здоровья и(или) медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование.

В случае отказа от заполнения анкеты о состоянии здоровья или отказа от прохождения медицинского освидетельствования или в случае наличия у лица, заявленного на страхование, хронических заболеваний, угрожающих его жизни и здоровью (например, онкологического, сердечно-сосудистого, диабета и т.п.), Страховщик вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и(или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск.

Страховщик также вправе установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности и(или) установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

5.5. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику в необходимых объемах данные по лицу, заявленному на страхование, для оценки степени страхового риска и для заключения договора перестрахования или сострахования.

5.6. Страхователь назначает Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного с письменного согласия Застрахованного. Если Застрахованный является недееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного осуществляется Страхователем по согласованию с законными представителями Застрахованного.

5.7. В Договоре указываются:

а) субъекты страхования;

б) Программы страхования, содержащие страховые риски и страховые суммы; размер и порядок страховых выплат;

в) размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);

г) срок действия Договора, дата начала и дата окончания страхования;

д) выжидательный период (при необходимости);

е) срок страхования;

ж) время действия страхования: круглосуточно, при исполнении Застрахованным служебных обязанностей, при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.

5.8. Страховщик оформляет и передает Страхователю страховой полис (страховой сертификат), подтверждающий заключение Договора. В случае утери страхового полиса (страхового сертификата) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат страхового полиса (страхового сертификата) и имеет право потребовать от Страхователя оплаты стоимости изготовления страхового полиса (страхового сертификата). После передачи дубликата страхового полиса (дубликата страхового сертификата) Страхователю утерянный экземпляр страхового полиса (страхового сертификата) считается недействительным.

5.9. При заключении Договора Стороны вправе предусмотреть возможность автоматического (без подписания Дополнительного соглашения к Договору) продления срока действия Договора на следующий календарный месяц, с сохранением остальных условий страхования неизменными. При этом, Страхователь и Страховщик соглашаются, что условие об автоматическом продлении срока действия Договора перестает действовать в случае, если одна из сторон (Страхователь или Страховщик) не менее чем за 10 рабочих дней до окончания срока действия Договора в письменной форме уведомит об этом другую сторону.

5.10. Если иное не определено в Договоре:

а) срок действия Договора устанавливается один календарный месяц. Далее Договор может быть продлен автоматически на следующий календарный месяц при соблюдении условий Правил. Дата начала действия Договора указывается в Страховом полисе;

б) срок страхования в отношении конкретного Застрахованного устанавливается с даты начала действия Договора и заканчивается датой его окончания, а при его последовательном продлении – датой окончания продленного Договора;

в) страховая премия подлежит уплате единовременно (одним платежом) за весь срок действия Договора, в случае продления действия Договора страховая премия подлежит уплате единовременным платежом за продленный период (календарный месяц);

г) обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты при наступлении страхового случая возникает с установленной Договором даты начала срока его действия, при условии оплаты страховой премии в полном объеме в сроки, предусмотренные Правилами и Договором.

5.11. Если иное не установлено Договором, страхование действует по всему миру, 24 часа в сутки.

5.12. Страхователь подтверждает, что имеет согласие Застрахованных - субъектов персональных данных на обработку их персональных данных (термин дан в соответствие с п.п.3. Ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ) Страховщиком в целях, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору в течение всего срока действия Договора и в течение пяти лет после прекращения Договора. Все претензии, возникающие или могущие возникнуть у Застрахованных, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, других нормативных правовых актов, обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке. Страхователь обязуется хранить указанные согласия Застрахованных на обработку персональных данных в течение всего срока действия Договора и в течение пяти лет по окончании действия Договора.

Страхователь предоставляет Страховщику право обрабатывать персональные данные, необходимые для целей заключения и осуществления Договора, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных и трансграничную передачу: паспортные данные, почтовый адрес, контактный телефон, сведения о состоянии здоровья, на основании полученного им письменного согласия от Застрахованных.

Согласие на обработку персональных данных быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных в течение срока действия Договора, действие Договора в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф

6.1. Размер страховой премии определяется исходя из страховой суммы в зависимости от Программы и срока страхования, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельности, образа жизни, увлечений и способов проведения досуга (отдыха, отпусков).

Страховой тариф по конкретному Договору определяется по соглашению сторон в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета страховых тарифов.

6.2. Если иное не установлено Договором, страховая премия уплачивается Страхователем лично с использованием платежной карты, либо путем поручения бухгалтерии предприятия или организации, сотрудником которой является Страхователь, осуществлять перевод страховой премии Страховщику, при этом:

• оплата первой Страховой премии должна быть произведена в день заключения Договора. Первая страховая премия, в размере указанном в Страховом полисе, является согласованной сторонами страховой премией за первый период страхования с начала действия Договора;

• при автоматическом продлении срока действия Договора на следующий календарный месяц, оплата страховой премии производится в первый календарный день месяца, на который был продлен срок действия Договора.

При этом обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной:

• при оплате через бухгалтерию работодателя – на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре;

• при оплате с использованием платежной карты – на дату совершения операции с использованием платежной карты;

6.3. Если иное не предусмотрено в Договоре, для уплаты страховых взносов устанавливается льготный период. Льготный период для оплаты первой страховой премии по Договору начинается с даты заключения Договора и заканчивается датой окончания месяца, в котором началось действие Договора. При неуплате или неполной уплате первого страхового взноса в установленные сроки – до окончания действия льготного периода, Договор считается не вступившим в силу с даты его заключения.

6.4. Льготный период для оплаты страхового взноса за продление Договора начинается с первого числа календарного месяца, на который продлевается Договор, и заканчивается последним числом данного месяца. В случае если страховой взнос за продленный календарный месяц Договора не будет уплачен в полном объеме до окончания льготного периода, предоставленного Страхователю для его уплаты, и если в течение продленного периода Договора не произошло страховых случаев, то автоматическое продление Договора будет считаться не вступившим в действие по решению Страхователя, и Договор считается прекратившим свое действие с момента окончания последнего календарного месяца, за который был оплачен страховой взнос.

6.5. Для случаев, когда оплата страхового взноса производится путем безакцептного списания Страховщиком денежных средств со счета Страхователя в счет уплаты страхового взноса, льготный период для оплаты страхового взноса за продление Договора начинается с первого числа календарного месяца, на который продлевается Договор, и заканчивается последним числом следующего месяца.

6.6. Для случаев, когда оплата страхового взноса производится Страхователем через бухгалтерию работодателя Страхователя, применяются следующие условия:

6.6.1. Договор не будет прекращен по основаниям, предусмотренным п. 6.4. Правил, при условии, что:

• Страхователь (либо работодатель Страхователя) до окончания льготного периода представит Страховщику соответствующее письменное уведомление с просьбой отсрочить перечисление очередного страхового взноса по Договору до окончания следующего продленного периода Договора, и Страховщик согласится предоставить такую отсрочку; и

• страховые взносы в полном объеме за отсроченный и следующий продленный периоды Договора поступят на расчетный счет Страховщика до окончания следующего продленного периода Договора.

6.6.2. Договор не будет считаться не вступившим в силу или, соответственно, прекращенным по основаниям, предусмотренным п. 6.3., п.6.4., п.6.5 Правил, соответственно, при условии, что:

• Страхователь до окончания льготного периода направит Страховщику подтверждение списания в течение льготного периода соответствующей суммы денежных средств в оплату страхового взноса по Договору до окончания продленного периода Договора; и

• страховой взнос в полном объеме за продленный период Договора поступит на расчетный счет Страховщика не позднее 10 (Десяти) дней с даты окончания продленного периода Договора.

6.7. В случае если условия, описанные в п.6.6.1. и/или п. 6.6.2. Правил, не будут выполнены Страхователем (либо работодателем Страхователя) то Договор:

• в порядке, предусмотренном п. 6.3., п.6.4, п.6.5. Правил, будет считаться не вступившим в силу с даты его заключения или, соответственно, прекратившим свое действие

с момента окончания последнего календарного месяца, за который был оплачен страховой взнос.

• при наступлении страхового случая в течение льготного периода, Договор будет считаться прекратившим свое действие по окончании соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку. В этом случае ответственность Страховщика по Договору прекращается с даты окончания соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку. Страховая выплата в данном случае производится за вычетом не оплаченного страхового взноса.

7. Страховые суммы

7.1. Размеры страховых сумм устанавливаются в Договоре по соглашению его сторон по каждой Программе страхования. С согласия Страховщика Страхователь вправе изменить установленные Договором размеры страховых сумм.

7.2. В зависимости от Программ страхования, Страховщик вправе установить минимальную и максимальную страховую сумму.

8. Страховые выплаты

8.1. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Договором, с учетом ограничений выжидательного периода, осуществляется Страховщиком в порядке и размере, предусмотренными Программами страхования при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, которые установлены Договором.

8.2. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией соответствующего страхового риска Выгодоприобретатель обязан предоставить следующие документы:

8.2.1. Всегда необходимы:

а) письменное заявление со ссылкой на номер Договора (страхового полиса или сертификата), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты;

б) копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;

в) копия договора страхования / полиса / сертификата, иные документы, подтверждающие согласие быть застрахованным.

8.2.2. При реализации застрахованных согласно условиям Договора страховых рисков, Выгодоприобретатель, помимо документов, указанных в п. 8.2.1 Правил, предоставляет документы, указанные в Программах страхования.

8.3. Все предоставляемые документы должны быть на русском языке, либо в виде нотариально удостоверенного перевода в виде оригиналов или должным образом заверенных копий, то есть учреждением/органом, выдавшим данный документ, либо нотариально.

Дополнительно к вышеперечисленным документам Страховщик имеет право требовать предоставления дополнительных анкет, по формам, утвержденным Страховщиком, если это обусловлено законодательством РФ.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному случаю до предоставления документов надлежащего качества.

8.4. Решение о признании реализовавшегося страхового риска страховым случаем принимает Страховщик, руководствуясь Правилами и соответствующей Программой страхования, на основании документов, предоставленных Выгодоприобретателем. Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в пункте 8.2. Правил и соответствующей Программой страхования, предоставления иных документов, аналогичных указанным в пункте 8.2. Правил и соответствующей Программой страхования, если на основании представленных Выгодоприобретателем документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая, исключить обстоятельства, указанные в пунктах 4.3., 4.4., 5.3. Правил, и определить размер страховой выплаты. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные с реализацией страховых рисков, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании страхового риска страховым случаем до выяснения

обстоятельств его наступления, до получения заключения медицинского учреждения (эксперта), назначенного Страховщиком для выяснения состояния здоровья Застрахованного после наступления страхового риска, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования.

8.5. При принятии решения об отсрочке страховой выплаты или об отказе в страховой выплате Страховщик в письменной форме (или иной форме, согласованной сторонами в Договоре) и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом Выгодоприобретателя в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в пункте 8.2. Правил и соответствующей Программы страхования.

8.6. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате она осуществляется в течение 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех документов, указанных в пункте 8.2. Правил и соответствующей Программы страхования.

8.7. Страховая выплата осуществляется путем перечисления на банковский счет получателя, если иное не согласовано с ним. Расходы по перечислению страховой выплаты, связанные с операциями по счету Страховщика, несет Страховщик, а связанные с операциями по счету получателя – получатель.

8.8. При наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, соблюдается следующий приоритет получателей страховой выплаты, причитающейся согласно Договору в связи со смертью Застрахованного:

а) в первую очередь – Выгодоприобретатель, указанный в распоряжении Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленном в письменной форме с согласия Застрахованного.

Если указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) получателем является лицо, указанное в завещании Застрахованного как единственный наследник всего имущества Застрахованного либо как получатель страховой выплаты;

в) при отсутствии получателя по п. 8.8.а и п. 8.8.б получателем является лицо, признанное наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на наследство, подтверждающего вхождение страховой выплаты в состав наследства, при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство. Выплата может быть произведена при предоставлении справки нотариуса о круге лиц, являющихся наследниками, по истечении шестимесячного срока со дня открытия наследства.

8.9. Если Договором предусмотрено страхование на случай смерти, а Застрахованный пропал без вести, то риск смерти считается реализовавшимся, если в решении суда о признании Застрахованного умершим будет 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 срок страхования. В противном случае страховой риск считается не реализовавшимся, и страховой случай – не наступившим.

8.10. Если после предоставления Страховщику заявления о наступлении страхового события Застрахованный умирает, не получив страховую выплату, права на получение страховой выплаты переходят наследникам.

8.11. Если Договор предусматривает страховые выплаты в случае инвалидности или смерти, и если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловили наступление последовательности страховых случаев, размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности рассчитывается исходя из страховых сумм, установленных по Программе страхования на дату реализации первого страхового случая, и уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью, если иное не предусмотрено условиями Договора либо условиями Программы страхования.

9. Прекращение Договора

9.1. При отсутствии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату окончания срока страхования. При наличии страховых случаев в течение срока страхования Договор прекращается на дату исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме.

Если Договором не предусмотрено иное, Договор прекращается в первый день месяца, следующего за месяцем достижения Застрахованным лицом возраста 65 лет. Для

Застрахованных, которым в течение срока страхования была установлена инвалидность I или II группы, Договор прекращается в части страхования риска установления инвалидности в первый день месяца, следующего за месяцем, в котором была установлена инвалидность.

9.2. Договор может быть досрочно прекращен по соглашению сторон.

9.3. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя. При досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя, являющегося физическим лицом в течение 5 рабочих дней с даты заключения Договора предусматривается полный возврат Страхователю ранее уплаченной страховой премии. В случае, если в течение 5 рабочих дней с момента заключения Договора произошел страховой случай по любому из рисков, возврат страховой премии не предусматривается. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком (его представителем) письменного заявления Страхователя об отказе от Договора или иной даты, указанной Страхователем в уведомлении о прекращении Договора, но не позднее окончания 5 рабочего дня с даты заключения Договора. В случае, если Выгодоприобретатель заявил требование о страховой выплате по страховому случаю, произошедшему до расторжения Договора, и возврат страховой премии был произведен в полном объеме в соответствии с условиями настоящего пункта, размер страховой выплаты, подлежащей выплате Страхователю/Выгодоприобретателю, уменьшается на сумму возвращенной страховой премии. Возврат Страхователю страховой премии производится в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора. При расторжении Договора по истечении 5 рабочих дней с даты заключения Договора, возврат страховой премии не производится.

9.4. Договор досрочно прекращается в случае смерти Застрахованного в течение срока страхования, не являющейся страховым случаем.

9.5. Договор досрочно прекращается в случае смерти Страхователя - физического лица, не являющегося Застрахованным, до окончания срока страхования, если обязанность Страхователя по уплате страховых взносов не исполнена в полном объеме и иное лицо не приняло на себя права и обязанности Страхователя по Договору. При этом, если подлежит прекращению Договор, по которому часть обязанностей Страхователя исполнена Застрахованным или иным лицом, то Страховщик обязан предложить лицу, имеющему право распоряжаться имуществом Страхователя в, либо наследнику Страхователя – физического лица, осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора в соответствии с главой 24 Гражданского кодекса РФ, то есть передать права и обязанности Страхователя по Договору лицу, исполнившему часть обязанностей Страхователя. Данная перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется соответствующим трехсторонним соглашением.

9.6. В случае смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованный или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязанности Страхователя по Договору.

9.7. Сторона, намеревающаяся досрочно прекратить Договор, обязана письменно уведомить об этом другую сторону.

При прекращении Договора по инициативе Страхователя, за исключением п. 9.3 настоящих Правил, датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страхователя. При этом, если Страховщик получает уведомление Страхователя позже даты прекращения, указанной в уведомлении Страхователя, то датой прекращения Договора будет считаться дата получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя.

При прекращении Договора по инициативе Страховщика датой прекращения будет считаться дата, указанная в уведомлении Страховщика.

При прекращении Договора по соглашению сторон сторона, намеренная прекратить Договор, обязана уведомить об этом другую сторону не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения договора.

10. Права и обязанности

10.1. Страхователь вправе:

а) с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления смерти Застрахованного;

б) с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся состава Программ страхования, размера страховой суммы, срока страхования, размера, порядка и

сроков уплаты страховых взносов. Данные изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, при этом Страховщик вправе требовать доплаты страхового взноса;

в) проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

г) получать любые разъяснения по Договору;

д) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.2. Страхователь обязан:

а) уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, которые установлены Договором;

б) в случае смерти или инвалидности Застрахованного письменно известить об этом Страховщика в течение тридцати дней со дня, когда у Страхователя появилась возможность сообщить о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;

в) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

г) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.3. Страховщик вправе:

а) проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил;

б) требовать внесения изменений в Договор, в том числе увеличения размера страховых взносов или снижения страховых сумм для приведения их в соответствие изменившейся степени страхового риска, если в течение срока страхования появляются факторы существенного увеличения степени страхового риска;

в) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена ложная информация о Застрахованном, произвести возврат уплаченной страховой премии в связи с признанием Договора незаключенным, либо применить последствия, предусмотренные Статьей 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

г) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, или, если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в праве Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты – до тех пор, пока Выгодоприобретатель не представит Страховщику необходимые доказательства;

д) вносить изменения и дополнения в настоящие Правила и применяемые тарифы. В случаях, когда вносимые изменения затрагивают интересы Страхователя и/или Застрахованных Страховщик обязан уведомить Страхователя об указанных изменениях и предложить ему заключить соответствующее дополнительное соглашение к Договору;

е) не продлевать срок действия Договора со Страхователем на следующий календарный месяц в случае отказа Страхователя от заключения дополнительного соглашение к Договору в связи с изменением Правил или страховых тарифов (п. 10.3.д), если Договором предусмотрена возможность автоматического продления срока действия Договора на следующий календарный месяц с сохранением условий страхования неизменными;

ж) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.4. Страховщик обязан:

а) если это предусмотрено Договором, вернуть Страхователю сумму первого страхового взноса при досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в течение первых тридцати дней с даты уплаты данного взноса, при условии отсутствия страховых случаев в этот период;

б) передать Страхователю или Застрахованному страховой полис (страховой сертификат) с приложением Правил;

в) соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе;

г) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.5. Застрахованный (или иное лицо с согласия Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае смерти Страхователя - физического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Застрахованный (или иное лицо с согласия Страхователя и Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор.

Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору не освобождает Страхователя или иного лица, принявшего на себя права и обязанности Страхователя по Договору, от исполнения других обязанностей по Договору.

10.6. Застрахованный обязан в случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания.

11. Заключительные положения

11.1. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11.2. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, а также иные документы и сведения, необходимые для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

11.3. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими страховых взносов или получении ими страховых выплат.

11.4. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по Договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

11.5. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны уведомить друг друга в течение 30 (тридцати) дней со дня наступления изменений. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

11.6. Все споры по Договору страхования между Сторонами, при не достижении взаимного согласия по их урегулированию, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

11.7. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а так же при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

Программа А

1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон предусмотрены следующие страховые риски (п. 4.1. Правил):

1.1. **Смерть Застрахованного в течение срока страхования** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования со страховой выплатой равной страховой сумме.

1.1.1. В случае реализации риска смерти в результате несчастного случая, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;

б) оригинал или заверенную нотариально или выдавшим органом копию акта судебно-медицинского исследования или патологоанатомического вскрытия, а при их отсутствии медицинского свидетельства о смерти, либо справки о смерти или иного документа с указанием сведений о причине смерти, достаточных для принятия решения о признании случая страховым;

в) свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом и подтверждающее факт вхождения в состав наследства страховой суммы либо справку нотариуса о круге наследников;

г) заверенную работодателем копию акта о несчастном случае на производстве (форма Н1), если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

д) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;

е) в случае гибели водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенный выдавшим органом или следственными органами результат исследования на содержание алкоголя, наркотических и токсических веществ; копия водительского удостоверения;

ж) в случае гибели пассажира в дорожно-транспортном происшествии – заверенный выдавшим органом документ, где Застрахованный указан как пассажир, пострадавший в ДТП (справка о ДТП, Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, решение суда и т.п.).

1.2. **Установление Застрахованному в течение срока страхования инвалидности** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности: 80% за II группу инвалидности; 100% за I группу инвалидности.

1.2.1. В случае реализации риска инвалидности в результате несчастного случая, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) оригинал выписки из амбулаторной / медицинской карты или истории болезни с указанием диагноза и даты диагностирования телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, и их последствий, приведших к установлению группы инвалидности и позволяющий сделать заключение о причинах инвалидности.

б) заверенную работодателем копию акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенную выдавшим учреждением копию медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

в) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;

г) в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенный выдавшим органом или следственными органами результат исследования на содержание алкоголя, наркотических и токсических веществ; копия водительского удостоверения;

д) в случае травмы пассажира в дорожно-транспортном происшествии – заверенный выдавшим органом документ, где Застрахованный указан как пассажир, пострадавший в ДТП (справка о ДТП, Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, Решение суда и т.п.);

е) копию свидетельства (справки), выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, об установлении Застрахованному группы инвалидности, заверенную выдавшим учреждением или нотариально;

ж) копию направления на медико-социальную экспертизу, заверенную выдавшим медицинским учреждением или федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, в котором проводилось освидетельствование Застрахованного.

1.2.2. Если Застрахованным является ребенок моложе 18-ти лет, а Программой страхования предусматриваются страховые выплаты в зависимости от группы инвалидности, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам ко второй группе инвалидности приравнивается категория “ребенок–инвалид на срок два года”, а к первой группе инвалидности приравнивается категория “ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет”.

1.2.3. Если в течение срока страхования Застрахованному в связи с той же причиной переустанавливается группа инвалидности на новую группу, при которой, согласно Договору, Застрахованному причитается страховая выплата в большем объеме, чем полученная ранее, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере возникающей разницы между суммой, подлежащей выплате по новой установленной группе инвалидности, и суммой, выплаченной по ранее установленной группе инвалидности, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к инвалидности Застрахованного.

Программа Б

1. При заключении Договора или при продлении страхования на новый срок по соглашению сторон предусмотрены следующие страховые риски (п.4.1. Правил):

1.1. **Смерть Застрахованного в течение срока страхования** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования со страховой выплатой равной страховой сумме.

1.1.1. В случае реализации риска смерти в результате несчастного случая, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;

б) оригинал или заверенную нотариально или выдавшим органом копию акта судебно-медицинского исследования или патологоанатомического вскрытия, а при их отсутствии медицинского свидетельства о смерти, либо справки о смерти или иного документа с указанием сведений о причине смерти, достаточных для принятия решения о признании случая страховым

в) свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом и подтверждающее факт вхождения в состав наследства страховой суммы либо справку нотариуса о круге наследников;

г) заверенную работодателем копию акта о несчастном случае на производстве (форма Н1), если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

д) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;

е) в случае гибели водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенный выдавшим органом или следственными органами результат исследования на содержание алкоголя, наркотических и токсических веществ; копия водительского удостоверения;

ж) в случае гибели пассажира в дорожно-транспортном происшествии – заверенный выдавшим органом документ, где Застрахованный указан как пассажир, пострадавший в ДТП (справка о ДТП, Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, решение суда и т.п.).

1.2. **Установление Застрахованному в течение срока страхования инвалидности** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми

выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности: 80% за II группу инвалидности; 100% за I группу инвалидности.

1.2.1. В случае реализации риска инвалидности в результате несчастного случая, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) оригинал выписки из амбулаторной / медицинской карты или истории болезни с указанием диагноза и даты диагностирования телесных повреждений, полученных в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, и их последствий, приведших к установлению группы инвалидности и позволяющий сделать заключение о причинах инвалидности.

б) заверенная работодателем копия акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенную выдавшим учреждением копию медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

в) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;

г) в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенный выдавшим органом или следственными органами результат исследования на содержание алкоголя, наркотических и токсических веществ; копия водительского удостоверения;

д) в случае травмы пассажира в дорожно-транспортном происшествии – заверенный выдавшим органом документ, где Застрахованный указан как пассажир, пострадавший в ДТП (справка о ДТП, Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, Решение суда и т.п.);

е) копию свидетельства (справки), выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, об установлении Застрахованному группы инвалидности, заверенную выдавшим учреждением или нотариально;

ж) копию направления на медико-социальную экспертизу, заверенную выдавшим медицинским учреждением или федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, в котором проводилось освидетельствование Застрахованного.

1.2.2. Если Застрахованным является ребенок моложе 18-ти лет, а Программой страхования предусматриваются страховые выплаты в зависимости от группы инвалидности, то для целей расчета страховой выплаты по настоящим Правилам ко второй группе инвалидности приравнивается категория “ребенок–инвалид на срок два года”, а к первой группе инвалидности приравнивается категория “ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет”.

1.2.3. Если в течение срока страхования Застрахованному в связи с той же причиной переустанавливается группа инвалидности на новую группу, при которой, согласно Договору, Застрахованному причитается страховая выплата в большем объеме, чем полученная ранее, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере возникающей разницы между суммой, подлежащей выплате по новой установленной группе инвалидности, и суммой, выплаченной по ранее установленной группе инвалидности, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к инвалидности Застрахованного.

1.3. **Установление Застрахованному в течение срока страхования заключительного диагноза одного из критических заболеваний** из «Таблицы страховых выплат при диагностировании одного из критических заболеваний» (п.1.3 Программы Б Приложения №1 к Правилам) со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при диагностировании одного из критических заболеваний».

1.3.1. Страховым случаем не является установление диагноза критического заболевания, если это обусловлено событиями, указанными в п. 4.3-4.4 Правил, а также указанными в Списке, связано с попыткой Застрахованного совершить самоубийство (независимо от срока действия страхования).

1.3.2. Страховым случаем не является критическое заболевание в течение первых трех месяцев со дня вступления в силу страхования по настоящей Программе (Выжидательный период) или если критическое заболевание диагностируется врачом, не имеющим необходимой квалификации или с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов.

1.3.3. Страховым случаем не является установление диагноза критического заболевания, если это прямо или косвенно связано с предшествующими состояниями / заболеваниями, перечисленными в пункте 1.3.4. настоящей Программы, в случае если Страховщик не был поставлен Страхователем или Застрахованным в известность об их наличии до заключения Договора для проведения Страховщиком оценки страхового риска.

1.3.4. Если иное не установлено по соглашению сторон Договора, Застрахованным не может быть лицо моложе 1 года или старше 65 лет, а также лицо:

- которое являлось/является инвалидом, в отношении него принималось врачебное решение о направлении для установления ему группы инвалидности, является лицом, имеющим действующее направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ), и МСЭ рассматривает документы на установление ему группы инвалидности;
- которому устанавливался диагноз эпилепсии, слабоумия, других нервных или психических заболеваний и/или расстройств,
- которому устанавливался диагноз болезней сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, артериальная гипертония/гипертензия III – IV стадии;
- перенесшее инфаркт миокарда, операцию на сердце и его сосудах, аорте, операцию шунтирования, стентирования;
- перенесшее инсульт (нарушение мозгового кровообращения) любого типа;
- употребляющее наркотические, токсические вещества, которому устанавливался диагноз алкоголизм/наркомания /токсикомания, состоящее по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- состоящее на учете в психоневрологическом, наркологическом диспансерах;
- являющееся носителем ВИЧ-инфекции и больное СПИДом.

1.3.5. Действие настоящей Программы страхования в отношении риска «Установление Застрахованному в течение срока страхования заключительного диагноза одного из критических заболеваний» прекращается:

а) с даты страховой выплаты – при наступлении страхового случая по настоящей Программе;

б) с даты реализации страхового риска, который не может быть признан страховым случаем;

в) с даты окончания срока страхования по настоящей Программе;

г) с даты обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа.

Установление диагноза критического заболевания не признается страховым случаем, если Застрахованный умирает в течение 1 месяца с даты установления соответствующего диагноза Списка критических заболеваний.

1.3.6. В случае реализации риска «Установление Застрахованному в течение срока страхования заключительного диагноза одного из критических заболеваний», помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

1.3.6.1. По риску критического заболевания №1:

а) выписку из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности в объеме стационарной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиологии, подписанную лечащим врачом, завизированную главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, заверенную гербовой печатью лечебного учреждения.

Выписка должна содержать:

- анамнез (историю) настоящего заболевания;

- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;

- результаты обследования пациента: описание ЭКГ, результаты исследований в крови уровня биохимических маркеров, характерных для некроза клеток миокарда (ферменты, тропонины и др.);

- данные о проведенном лечении;

- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.

Конкретный перечень предоставляемых документов при установлении определенного диагноза, устанавливается Списком критических заболеваний.

1.3.6.2. По риску критического заболевания №2:

а) выписку из истории болезни стационарного больного, выданную государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности в объеме стационарной или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии/нейрохирургии, подписанную лечащим врачом, завизированную главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, заверенную гербовой печатью лечебного учреждения.

Выписка должна содержать:

- анамнез (историю) настоящего заболевания;
- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;
- результаты обследования пациента (описание и заключение СКТ, МРТ, результаты исследований ликвора, описание и заключение УЗДГ, ангиографии и т.д.);
- данные о проведенном лечении;
- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.

б) выписку/выписки из истории болезни/карты амбулаторного больного, выданную государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности по неврологии/нейрохирургии, подписанную лечащим врачом, завизированную главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, заверенную гербовой печатью лечебного учреждения.

Выписка должна содержать:

- полное описание неврологического статуса и стойких неврологических нарушений не ранее чем через 3 месяца с даты установления диагноза.

1.4. **Госпитализация Застрахованного, начавшаяся в течение срока страхования**, в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или болезни, указанной в «Таблице страховых выплат при госпитализации» (п.1.4 Программы Б Приложения №1 к Правилам), со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно «Таблице страховых выплат при госпитализации». Выплата производится за каждый полный день пребывания в стационаре (день поступления и день выписки считаются за один день), при условии продолжительности госпитализации более 3-х суток

1.4.1. В случае реализации риска госпитализации в результате несчастного случая и болезни, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием даты травмы/даты диагностирования заболевания, диагноза и сроков госпитализации, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих исследований, подтверждающих установленный диагноз: выписка из амбулаторной/медицинской карты/истории болезни, медицинская справка, выписной эпикриз;

б) копии результатов лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;

в) в случае госпитализации в связи с болезнью - заключение врача-специалиста (инфекциониста, аллерголога и т.п.) с указанием диагноза; в случае острого аппендицита – копия протокола операции;

г) копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного.

д) если до госпитализации проводилось амбулаторное лечение, документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием даты травмы/даты диагностирования заболевания, диагноза и сроков лечения, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих исследований, подтверждающих установленный диагноз, показания к госпитализации: выписка из амбулаторной/медицинской карты.

1.5. **Телесные повреждения**, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования согласно списку, приведенному в «Таблице страховых выплат при телесных повреждениях» (п.1.5 Программы Б Приложения № 1 к Правилам). Размер страховых выплат по риску

переломов определяется согласно списку, приведенному в «Таблице страховых выплат при телесных повреждениях». Риск телесных повреждений включает в себя:

а) риск переломов (Секция 1 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

б) риск стойких телесных повреждений (Секция 2 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

в) риск травматических повреждений нервной системы (Секция 3 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

г) риск внутричерепных травматических гематом (Секция 4 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

д) риск ожогов (Секция 5 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

е) риск обморожений (Секция 6 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях»);

ж) риск укусов (Секция 7 «Таблицы страховых выплат при телесных повреждениях». Под страховым событием по риску укуса подразумевается получение всех телесных повреждений в виде укусов змей и/или животных в течение одного календарного дня, приведшее к обращению в медицинское учреждение и проведению хирургической обработки ран и/или проведению вакцинопрофилактики. При этом повторное проведение хирургической обработки ран и/или вакцинопрофилактики не считается отдельным страховым событием. Не является страховым случаем событие, произошедшее в течение первых 14 календарных дней со дня вступления в силу страхования по настоящей Программе (Выжидательный период).

1.5.1. Если после страховой выплаты согласно «Таблице страховых выплат по риску телесных повреждений» будет достоверно установлено, что телесные повреждения/переломы Застрахованного оказались более серьезными, чем было установлено изначально, и согласно данной таблице Застрахованному причитаются выплаты в большем объеме, чем было выплачено изначально, то Страховщик обязуется выплатить возникающую разницу, при условии, что ему заявлено об этом в течение одного года с даты несчастного случая, приведшего к телесным повреждениям/переломам Застрахованного.

1.5.2. В случае реализации риска телесных повреждений в результате несчастного случая, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием даты травмы, диагноза и сроков лечения/госпитализации, детализации ожогов или обморожений по площади и степени, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих, подтверждающих установленный диагноз, описания проведенного лечения: выписка из амбулаторной/медицинской карты/истории болезни, медицинская справка, выписной эпикриз;

б) копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного (если не оформлялись – в заявлении указать причину);

в) документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;

г) заверенная работодателем копия акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

д) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством.

е) в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копию водительского удостоверения;

ж) если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить справку пострадавшего в ДТП (или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП).

1.6. **Установление диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза** в течение срока страхования (в дальнейшем риск клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза) со страховыми выплатами в процентах от страховой суммы по риску клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза в зависимости от установленного Застрахованному диагноза согласно «Таблице страховых выплат при установлении диагноза клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза» Приложения №1 к Правилам.

Диагноз должен быть установлен врачом-специалистом (инфекционистом) в специализированном лечебном учреждении и подтвержден результатами серологических исследований.

1.6.1. В случае реализации риска установления диагноза клещевого энцефалита, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения/госпитализации, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих исследований, подтверждающих установленный диагноз: выписка из амбулаторной/медицинской карты/истории болезни, медицинская справка, выписной эпикриз, заверенный печатью соответствующего медицинского учреждения;

б) результаты серологического исследования.

1.6.2. Не является страховым случаем событие, произошедшее в течение первых 14 календарных дней со дня вступления в силу страхования по настоящей Программе (Выжидательный период).

1.7. **Хирургическая операция в течение срока страхования** в результате несчастного случая или болезни, указанной в Таблице страховых выплат хирургических операций и диагностированной в течение срока страхования со страховыми выплатами в процентах от страховой суммы, установленных Таблице страховых выплат хирургических операций Приложения №1 к Правилам.

1.7.1. В случае реализации риска операции, помимо документов, указанных в пункте 8.2.1. Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику:

а) документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения/госпитализации, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих, подтверждающих установленный диагноз: выписка из медицинской карты/истории болезни, медицинская справка, выписной эпикриз;

б) копии протоколов проведенных операций.

в) если до госпитализации проводилось амбулаторное лечение, документ, выданный соответствующим медицинским учреждением, подписанный лечащим врачом и заверенный печатью медицинского учреждения с указанием даты травмы, диагноза и сроков лечения, описаний результатов рентгенологических, лабораторных, клинических, серологических, гистологических и прочих исследований и прочих исследований, подтверждающих установленный диагноз, показания к госпитализации: выписка из амбулаторной/медицинской карты.

Приложение № 1
к Общим правилам страхования
от несчастных случаев и болезней,
первичного диагностирования
критических заболеваний

ТАБЛИЦЫ
страховых выплат

ПРОГРАММА А (эконом, стандарт, премиум)

№	Описание страхового риска	Размер выплаты в % от страховой суммы
1.1.	Смерть Застрахованного в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования со страховой выплатой равной страховой сумме.	100%
1.2.	Установление Застрахованному в течение срока страхования инвалидности в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности:	80% за II группу инвалидности; 100% за I группу инвалидности.
Примечание к 1.2: Страховая выплата в связи с установлением Застрахованному инвалидности производится без вычета страховых выплат, ранее уже произведенных Страховщиком по этому же несчастному случаю по основаниям, предусмотренным риском стойких телесных повреждений.		

ПРОГРАММА Б (эконом+, стандарт+, премиум+)

№	Описание страхового риска	Размер выплаты в % от страховой суммы
1.1.	**Смерть Застрахованного в течение срока страхования** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования со страховой выплатой равной страховой сумме.	100%
1.2.	**Установление Застрахованному в течение срока страхования инвалидности** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы в зависимости от установленной Застрахованному группы инвалидности:	80% за II группу инвалидности; 100% за I группу инвалидности.
Примечание к 1.2: Страховая выплата в связи с установлением Застрахованному инвалидности производится без вычета страховых выплат, ранее уже произведенных Страховщиком по этому же несчастному случаю по основаниям, предусмотренным риском стойких телесных повреждений.		

1.3. Установление Застрахованному в течение срока страхования заключительного диагноза одного из критических заболеваний из Таблицы страховых выплат при диагностировании одного из критических заболеваний (далее – Таблица) со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Таблице:

	Медицинские критерии критического заболевания	Размер выплаты в % от страховой суммы
Критическое Заболевание №1	Установление Застрахованному окончательного диагноза некроза (омертвления) участка сердечной мышцы в результате острой недостаточности коронарного	100%

	кровообращения с кодом МКБ: I 21 Острый инфаркт миокарда (инфаркт миокарда, уточненный как острый или установленной продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее после возникновения острого начала): I 21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда; I 21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда; I 21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций; I 21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации; I 21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда; I 21.9 Острый инфаркт миокарда неуточненный. Датой реализации риска является дата, указанная в заключении специализированного медицинского учреждения (кардиологический профиль) или профильного врача специалиста (кардиолога). В случае, если в заключении дата не указана, датой страхового случая является дата установления окончательного диагноза. Для признания события страховым случаем должны быть соблюдены все указанные ниже критерии: 1. Диагноз установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования. 2. Диагноз подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (кардиологический профиль) или профильного врача специалиста (кардиолога). 3. Наличие нижеследующих изменений в данных электрокардиографического исследования: 3.1. Пациенты с элевацией сегмента ST: Элевация сегмента ST в точке "J" в двух или более соседних отведениях >/= 0,2 mV в V1,V2, V3 и >/= 0,1 mV в других отведениях (соответственно, во фронтальной плоскости это отведения aVL, I, инвертированное aVR, II, aVF, III). 3.2. Пациенты без элеваций сегмента ST*: a. Депрессия сегмента ST. b.Только отклонения от нормы зубца T. *Новая или предположительно новая депрессия сегмента ST или отличный от нормального зубец T, или то и другое вместе, должны наблюдаться в двух или более соответствующих отведениях. Так же новая или предположительно новая инверсия зубца T >/= 1мм должна быть представлена минимум в двух соответствующих отведениях. 4. Наличие нижеследующих изменений в результатах лабораторных исследований крови: 4.1 Максимальная концентрация тропонина I или T превышающая установленный уровень (99-й перцентиль эталонной контрольной группы) хотя бы в одном случае в течении 24 часов следующих за клиническим событием. 4.2 Максимальное значение МВ КФК* (предпочтительно определение массы МВ КФК) превышающее 99-й перцентиль эталонной контрольной группы при двух последовательных определениях, или однократное значение превышающее нормальное значение в два раза в течении первых часов после начала клинического события. *Уровень МВ КФК должен повышаться, а затем снижаться. *При недоступности тропонина или МВ КФК, могут быть задействованы общая КФК (в значении в два раза превышающем контрольный уровень) или В фракция КФК. Дополнительные признаки: 1.Субъективные симптомы: дискомфорт в грудной клетке,	

	эпигастрии, кисти руки, запястье, спине или плече, в т.ч. сопровождающийся одышкой, потливостью, тошнотой, рвотой, слабостью и т.п. 2. Визуализационные методы (снижение или отсутствие перфузии ткани, нарушения движения стенок сердца). Исключения из страхового покрытия: 1. Инфаркты миокарда, имеющие проявления только в виде зарегистрированного увеличения концентрации тропонина I или T в крови. 2. Инфаркты миокарда, не сопровождающиеся диагностически значимыми изменениями (элевация или депрессия) положения сегмента ST. 3. Безболевые, бессимптомные ("немые") формы инфаркта миокарда, не сопровождающиеся клиническими проявлениями. 4. Другие формы острых коронарных синдромов. 5. Диагноз инфаркта миокарда с неизвестными или неустановленными сроками давности, постинфарктный кардиосклероз. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ: 1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиологии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения. Выписка должна содержать: - анамнез (историю) настоящего заболевания; - полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса; - результаты обследования пациента: описание ЭКГ, результаты исследований в крови уровня биохимических маркеров, характерных для некроза клеток миокарда (ферменты, тропонины и др.); - данные о проведенном лечении; - рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.	
Критическое Заболевание №2	Установление Застрахованному окончательного диагноза острого нарушения мозговогокровообращения вследствие причины цереброваскулярного (не травматического) происхождения с кодом по МКБ: I 60 Субарахноидальное кровоизлияние: I 60.0 Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации внутренней сонной артерии; I 60.1 Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии; I 60.2 Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии; I 60.3 Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии; I 60.4 Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии; I 60.5 Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии; I 60.6 Субарахноидальное кровоизлияние из других	100 %

	внутричерепных артерий; I 60.7 Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной; I 60.8 Другое субарахноидальное кровоизлияние; I 60.9 Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное. I 61 Внутримозговое кровоизлияние: I 61.0 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное; I 61.1 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное; I 61.2 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное; I 61.3 Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга; I 61.4 Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок; I 61.5 Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое; I 61.6 Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации; I 61.8 Другое внутримозговое кровоизлияние; I 61.9 Внутримозговое кровоизлияние неуточненное. I 62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние: I 62.0 Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое); I 62.1 Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние; I 62.2 Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное. I 63 Инфаркт мозга. I 63.0 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий; I 63.1 Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий; I 63.2 Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий; I 63.3 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий; I 63.4 Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий; I 63.5 Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий; I 63.6 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный; I 63.8 Другой инфаркт мозга; I 63.9 Инфаркт мозга неуточненный. I 64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Датой страхового случая является дата, указанная в заключении специализированного медицинского учреждения (неврологический профиль) или профильного врача специалиста (невролога). В случае, если в заключении дата не указана, датой страхового случая является дата установления окончательного диагноза медицинского состояния. Для признания события страховым случаем должны быть соблюдены все указанные ниже критерии: 1. Диагноз установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования. 2. Диагноз подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (неврологический профиль) или профильного врача специалиста (невролога). 3. Внезапное (в течение минут, реже – часов) появление невыявлявшейся ранее очаговой неврологической симптоматики и / или общемозговых нарушений. 4. Имеется стойкая неврологическая симптоматика длительностью более 24 часов.	

	5. Диагноз подтвержден: наличием типичных клинических симптомов; данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга (включающими в себя омертвление участка мозговой ткани, геморрагию и эмболию). 6. Длительность стойких неврологических нарушений составлет не менее 3 (трёх) месяцев с даты возникновения стойкой неврологической симптоматики. Стойким неврологическим нарушением является признается одно из нижеследующих медицинских состояний, установленных невропатологом: •плегия одной из конечностей; •афазия, анартрия; •сосудистые деменции; •неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: • самостоятельный приём пищи; • контроль экскреторных функций; • соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены); • мыться (способность мыться в душе или в ванне); • одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться); • подвижность (способность самостоятельно передвигаться дома или в пределах этажа); •необходимость постоянного наблюдения и присутствия специального персонала по уходу. Исключения из страхового покрытия: 1. Преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения. 2. Травматические повреждения головного мозга. 3. Неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени. 4. Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики. 5. Инсульты, проявления которых ограничились субъективными ощущениями застрахованного лица - потерей осязания (сенсорной чувствительности), обоняния, головными болями, апатией, синдромом хронической усталости, головокружениями, тошнотой, утомляемостью. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ: 1. Выписка из истории болезни стационарного больного, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии/нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, заверенная гербовой печатью лечебного учреждения. Выписка должна содержать: - анамнез (историю) настоящего заболевания; - полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса; - результаты обследования пациента (описание и заключение СКТ, МРТ, результаты исследований ликвора, описание и заключение УЗДГ, ангиографии и т.д.); - данные о проведенном лечении; - рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.	

	2. Выписка/выписки из истории болезни/карты амбулаторного больного, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности по неврологии/нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения. Выписка должна содержать: - полное описание неврологического статуса и стойких неврологических нарушений не ранее чем через 3 месяца с даты установления диагноза.	

1.4. **Госпитализация Застрахованного, начавшаяся в течение срока страхования**, в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или болезни, указанной в «Таблице страховых выплат при госпитализации» (далее Таблица»), диагностированной в течение срока страхования со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Таблице**:**

Таблица страховых выплат при госпитализации	**Размер выплаты в % от страховой суммы**
Госпитализация в стационаре до 120 дней по каждому несчастному случаю (включая поражение электрическим током и обморожение), а так же по болезням: острый отек гортани, отек Квинке; холера, чума, ботулизм, сибирская язва, столбняк, бешенство; госпитализация при проведении аппендэктомии. Выплата производится за каждый полный день пребывания в стационаре (день поступления и день выписки считаются за один день), при условии продолжительности госпитализации более 3-х суток.	0.83% в день

1.5. **Телесные повреждения**, указанные в Таблице страховых выплат при телесных повреждениях» (далее – Таблица), полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, со страховыми выплатами при наступлении страхового случая, определяемыми в процентах от страховой суммы согласно Таблице.

Секция 1. Переломы		**Размер выплаты в % от страховой суммы**
	Кости черепа	
1	a) наружной пластинки костей свода, чешуи затылочной и височной костей	1.25%
	b) свода	2.50%
	c) основания	3.75%
	d) свода и основания	5.00%
2	Перелом орбиты	2.50%
3	Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости, подъязычной кости	1.00%
4	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти	1.00%
	Позвоночник	
5	Перелом тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	a) одного-двух	5.00%

	b) трех-пяти	7.50%
	c) шести и более	10.00%
	d) перелом каждого поперечного или остистого отростка	0.83%
6	Перелом крестца	2.50%
7	Перелом копчиковых позвонков:	2.50%
	Ребра, грудина	
8	Перелом ребра, грудины	
	a) перелом одного ребра	1.00%
	b) перелом двух ребер	1.5%
	c) перелом трех и более ребер	3%
	d) перелом (переломы) грудины	1.25%
Примечание к ст.8 Перелом хрящевой части ребра не дает основания для страховой выплаты. Если в медицинских документах, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая выплата осуществляется с учетом большего числа ребер, при условии подтверждения рентгенологическим исследованием.		
	Лопатка, ключица	
9	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	a) перелом одной кости, разрыв одного сочленения	1.25%
	b) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения	2.50%
	c) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	3.75%
	Плечевой сустав, плечо	
10	Перелом плечевой кости:	
	a) отрывы костных фрагментов, в том числе большого бугорка	1.00%
	a) перелом плечевой кости на любом уровне	3.75%
	b) двойной перелом плечевой кости	5.00%
Примечание к 10а: если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в данной статье, страховая выплата производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение		
	Локтевой сустав	
11	Повреждения области локтевого сустава:	
	a) отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, головчатого возвышения, перелом лучевой или локтевой кости	1.25%
	b) перелом лучевой и локтевой кости	2.50%
	c) перелом плечевой кости	3.75%
	d) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	5.00%
Примечание к 11а: если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в данной статье, страховая выплата производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.		
	Предплечье	
12	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	
	a) перелом одной кости, отрывы костных фрагментов	1.25%
	b) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	2.50%
	Лучезапястный сустав	
13	Повреждения области лучезапястного сустава:	

	a) перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	1.25%
	b) перелом двух костей предплечья	2.50%
Кисть		
14	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:	
	a) одной кости (кроме ладьевидной)	1.25%
	b) двух и более костей (кроме ладьевидной)	2.50%
	c) ладьевидной кости	2.50%
Примечание 14.a: При переломе в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.		
Пальцы кисти		
15	Перелом фаланги (фаланг):	
	a) первого пальца	0.63%
	b) второго, третьего, четвертого, пятого пальца	0.42%
16	Повреждение пальца, повлекшее за собой ампутацию на уровне любой фаланги, кроме основной	1.25%
Примечание 15.a: при переломах нескольких пальцев в результате одного несчастного случая страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, но не более 1.67% за пальцы одной кисти.		
Таз		
17	Повреждения таза (кроме разрыва лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов):	
	a) перелом одной кости	1.25%
	b) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости, перелом вертлужной впадины	2.50%
	c) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений	3.75%
Тазобедренный сустав		
18	Повреждения тазобедренного сустава:	
	a) изолированный отрыв вертела (вертелов),	2.50%
	b) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	6.25%
Примечание 18.a: В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховая выплата производится в соответствии с одним из подпунктов, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.		
Бедро		
19	Перелом бедра:	
	a) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	6.25%
	b) двойной перелом бедра	7.50%
Коленный сустав		
20	Повреждения области коленного сустава:	
	a) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, полный разрыв связок коленного сустава с наложением гипсового или иного жесткого фиксатора и сроком лечения не менее 4 нед. (28 дней)	1.25%
	b) перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, мыщелка (мыщелков), проксимального метафиза большеберцовой кости	2.50%
	c) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	3.75%
	d) перелом мыщелков (мыщелков) бедра	5.00%
	e) перелом дистального метафиза бедра	6.25%

	f) перелом дистального метафиза, мыщелка (мыщелков) бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	7.50%
Примечание 20.1: При сочетании различных повреждений коленного сустава, страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов данной статьи, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.		
Голень		
21	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
	a) малоберцовой, отрывы костных фрагментов	1.25%
	b) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	2.50%
	c) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	3.75%
Примечание 21а: Страховая выплата по данной статье определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети.		
Голеностопный сустав		
22	Повреждения области голеностопного сустава:	
	a) перелом одной лодыжки, изолированный разрыв межберцового синдесмоза, перелом края большеберцовой кости, отрывы костных фрагментов, полный разрыв связок с наложением гипсовой повязки или ортеза и сроком лечения не менее 3-х недель (21 день)	1.25%
	b) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости	2.50%
	c) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости	3.75%
23	Повреждение ахиллова сухожилия при оперативном лечении	3.75%
Примечание 23.1: При выплате по статье 23 дополнительная выплата по риску операции не производится.		
Стопа		
24	Повреждения стопы:	
	a) перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	1.25%
	b) перелом двух костей, перелом таранной кости	2.50%
	c) перелом трех и более костей, перелом пяточной кости	3.75%
Примечание 24.1: если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в данной статье, страховая выплата производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.		
Пальцы стопы		
25	Перелом фаланги (фаланг):	
	a) первого (большого) пальца	0.63%
	b) второго, третьего, четвертого, пятого пальца	0.21%
26	Повреждение пальца, повлекшее за собой ампутацию на уровне любой фаланги, кроме основной	0.63%
Примечание 26.1: При переломах нескольких пальцев в результате одного несчастного случая страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, но не более 0.83%. за пальцы одной стопы.		
Примечание 27: Патологические переломы любой локализации, повреждения хрящевых струкрур и образований костей у взрослых, переломы экзостозов не дают оснований для страховой выплаты.		
Секция 2. Стойкие телесные повреждения		**Размер выплаты в % от страховой суммы**
Органы зрения и слуха		
1	Повреждения глаз	

	a) Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100%
	b) Повреждение одного глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения этого глаза, обладавшего зрением не ниже 0,01	35%

Примечания:
1.1: Решение о страховой выплате в связи с потерей в результате травмы зрения принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения последствий перенесенного повреждения.
1.2: К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица).

2	Повреждение одного уха, повлекшее за собой полную потерю слуха на одно ухо (разговорная речь - 0)	25%
3	Повреждение обоих ушей, повлекшее за собой полную глухоту (разговорная речь - 0)	50%

Примечание 2.1:
Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к ЛОР- специалисту для определения последствий перенесенного повреждения.

Дыхательная система

4	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой удаление одного легкого	60%
5	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20%

Примечание 5.1:
В том случае, если в требовании о страховой выплате указано, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении 6 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата не производится.

Сердечно-сосудистая система

6	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность II - III степени	25%

Примечания:
6.1: К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов.
6.2: Если в требовании о страховой выплате указано, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста.
6.3: Страховая выплата по ст. 8 производится, если указанные осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.

Органы пищеварения

7	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие челюсти	80%
8	Повреждение языка, повлекшее за собой отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60%
9	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	100%

Примечание 7.1:
Решение о страховой выплате по данной статье принимается не ранее чем через 6 месяцев со дня травмы.

10	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	a) удаление части печени	25%
	b) удаление части печени и желчного пузыря	35%
11	Повреждение селезенки, повлекшее за собой удаление селезенки	30%

12	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	a) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30%
	b) удаление желудка	60%
Примечание 10.1: При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая выплата производится однократно. Однако, если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.		
Мочевыделительная и половая системы		
13	Повреждение почки, повлекшее за собой удаление почки	60%
14	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	a) острую почечную недостаточность вследствие синдрома длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения)	25%
	b) хроническую почечную недостаточность	30%
Примечание 13.1: Страховая выплата в связи с хронической почечной недостаточностью производится в том случае, если это осложнение имеется по истечении 3 месяцев после травмы.		
15	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	a) потерю матки у женщин	50%
	b) потерю полового члена или его части и обоих яичек	50%
Примечание 15.1: Удаление матки в результате внематочной беременности не дает оснований для выплаты по данной статье.		
Верхняя конечность		
16	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	a) плеча на любом уровне	75%
	b) единственной конечности на уровне плеча	100%
17	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	a) предплечья на любом уровне	65%
	b) единственной конечности на уровне предплечья	100%
18	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	a) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65%
	b) ампутацию единственной кисти	100%
19	Повреждение первого пальца, повлекшее за собой ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	25%
20	Повреждение одного пальца, кроме первого, повлекшее за собой ампутацию на уровне основной фаланги (потеря пальца)	15%
Примечание: 20.1. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата по ст. 19,20 производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 65% для одной кисти и 100% для обеих кистей. 20.2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с пястной костью или ее частью, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.		
Таз		
21	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:	
	a) в одном суставе	20%
	b) в двух суставах	40%

Примечание: 21.1 Страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) производится в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
Нижняя конечность		
24	Первичные повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой эндопротезирование. Реэндопротезирование (замена эндопротезов)	40%
Примечание: ст. 24 не применяется при проведении операций реэндопротезирования (замена эндопротезов) вне зависимости от причин.		
25	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	a) одной конечности	70%
	b) единственной конечности	100%
26	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой эндопротезирование	40%
27	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	a) ампутацию голени на любом уровне	60%
	b) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100%
28	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой экзартикуляцию в голеностопном суставе	50%
29	Повреждения стопы, повлекшие за собой ампутацию на уровне:	
	a) плюсневых костей или предплюсны	40%
	b) таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50%
30	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию первого пальца на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10%
31	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию одного пальца (кроме первого) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	5%
Секция 3. Повреждения нервной системы		**Размер выплаты в % от страховой суммы**
1	Тетраплегия (полный паралич)	100%
2	Параплегия (паралич обеих верхних или обеих нижних конечностей)	100%
3	Гемиплегия (паралич правых или левых конечностей)	100%
4	Тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей);	70%
Примечание 1.1: Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в данной статье, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением и подтверждены справкой этого учреждения.		
Секция 4. Внутричерепные травматические гематомы		**Размер выплаты в % от страховой суммы**
1	Эпидуральная гематома	20%
2	Субдуральная, внутримозговая гематома	35%
3	Эпидуральная и субдуральная (внутримозговая) гематома	35%
4	Ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения не менее 14 дней, субарахноидальное кровоизлияние (данные диагнозы должны быть подтверждены результатами инструментальных и/или лабораторных исследований (компьютерная томография головного мозга, исследование ликвора и т.п.)при отсутствии подтверждения выплата по данному пункту не производится.	20%

Примечание 4.1. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одной статье, страховая выплата выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение

Секция 5. Ожоги

Площадь ожога поверхности тела, %	**Степень ожога**				
	I	**II**	**IIIА**	**IIIБ**	**IY**
	Размер выплаты в % от страховой суммы				
Ожоги головы, лица и шеи					
От 0,5 до 5%	3%	5%	8%	10%	15%
Более 5%	5%	8%	15%	20%	25%
Ожоги туловища и конечностей					
от 5 до 10	3%	10%	15%	17%	20%
от 11 до 20	5%	15%	20%	25%	35%
от 21 до 30	7%	20%	25%	45%	55%
от 31 до 40	10%	25%	30%	70%	75%
от 41 до 50	20%	30%	40%	85%	90%
от 51 до 60	25%	35%	50%	95%	95%
от 61 до 70	30%	45%	60%	100%	100%
от 71 до 80	40%	55%	70%	100%	100%
от 81 до 90	60%	70%	80%	100%	100%
более 91	80%	90%	95%	100%	100%

Примечание:

1. При ожогах дыхательных путей страховая выплата составляет 30% от страховой суммы.
2. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 10% от страховой суммы.
3. При ожоговой болезни (ожоговом шоке) размер страховой выплаты увеличивается на 10% от страховой суммы.
4. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев
5. Размер выплаты при суммировании не может превышать 100% страховой суммы.
6. Солнечные ожоги не дают оснований для страховой выплаты.

Секция 6. Обморожения

Уровень обморожения		**Степень обморожения**			
		I	**II**	**III**	**IV**
		Размер выплаты в % от страховой суммы			
1. Одной ушной раковины		3	5	7	15
1. Двух ушных раковин		5	8	15	25
2. Носа		3	5	10	20
3. Щеки/щек		2	3	8	15
4. Первого пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	5	8
	б) межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	7	10
	в) пястно-фалангового сустава	3	5	8	12
	г) пястной кости	4	7	10	15
5. Второго (указательного) пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) дистального межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	5	7

	в) проксимального межфалангового сустава и основной фаланги	3	5	7	10
	г) пястно-фалангового сустава	4	7	10	13
	д) пястной кости	5	8	12	15
6. Третьего, четвертого, пятого пальцев кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги, средней фаланги. проксимального межфалангового сустава	1	2	3	5
	б) основной фаланги, пястной кости	2	3	5	10
7. Кисти на уровне лучезапястного сустава и выше:	а) правая кисть	10	20	35	65
	б) левая кисть	5	15	25	55
8. Первого пальца стопы на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) основной фаланги	2	3	5	8
	в) плюсневой кости	3	6	8	10
9. Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев стопы на уровне:	а) ногтевая или средняя фаланга	1	2	3	4
	б) основной фаланги	2	3	4	6
	в) плюсневой кости	3	5	7	9
10. Стопы на уровне:	а) предплюсны, таранной, пяточной кости	10	12	15	25
	б) голеностопного сустава и выше	15	18	20	30

Примечания:
1.При обморожении IV степени пальцев левой кисти размер страховой выплаты уменьшается:
- при обморожении первого пальца – на 5 %
- при обморожении второго пальца – на 2 %
- при обморожении третьего, четвертого, пятого пальцев – на 1 %.
2. При обморожении нескольких пальцев либо обеих кистей или стоп размер страховой выплаты суммируется (но не более 100 % страховой суммы)
3. Если в связи с обморожением будет произведена ампутация, указанная в соответствующей статье таблицы, то выплата по обморожению не производится.

Секция 7. Укусы змей и животных		**Размер выплаты в % от страховой суммы**
7.1.	Укусы змей и/или других животных, ядовитых насекомых, потребовавшие оказания квалифицированной медицинской помощи (хирургической обработки ран, проведения вакцинопрофилактики, введения антитоксических сывороток и т.п.). Повторное оказание квалифицированной медицинской помощи(хирургическая обработка ран, проведение вакцинопрофилактики, введение антитоксических сывороток и т.п.) не считается отдельным страховым случаем. Выплата производится однократно по каждому страховому случаю. На укусы клеща покрытие не распространяется.	100%

1.6. **Установление диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза** в течение срока страхования (в дальнейшем риск клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза) со страховыми выплатами в процентах от страховой суммы по риску клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза в зависимости от установленного Застрахованному диагноза согласно «Таблице страховых выплат при установлении диагноза клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза»:

	Описание страхового риска	**Размер выплаты в % от страховой суммы**
1	Клещевой энцефалит	55%
2	Лайм-боррелиоз (болезнь Лайма, иксодовый клещевой боррелиоз)	45%

1.7. **Хирургическая операция в течение срока страхования** в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования или аппендэктомия при остром

аппендиците со страховыми выплатами в процентах от страховой суммы, установленных
Таблице страховых выплат хирургических операций:

	Описание страхового риска	**Размер выплаты в % от страховой суммы**
1	Хирургические операции малого объёма и травматичности:	
	a) Скелетное вытяжение, остеосинтез спицами, наложение швов на мышцы и сухожилия, некрэктомия, пластика кожных покровов; дренирование плевральных полостей, перикардиальной полости.	5.0%
	b) Хирургическая операция по удалению спиц.	2.5%
2	Операции на головном мозге, его оболочках.	70.0%
3	Операции на структурах одного глазного яблока при проникающих ранениях глаза, в том числе восстановительные операции, протезирование хрусталика в результате травмы).	20.0%
	При операции на обоих глазах выплаты суммируются.	
4	Операции на лицевых костях, придаточных пазухах носа, верхней и нижней челюсти (открытая репозиция костей, открытые операции открытый остеосинтез, пластическое восстановление лицевых костей).	10.0%
5	Операция в области туловища (операции на внутренних органах и крупных магистральных сосудах, за исключением сосудов шеи (в т.ч. ушивания), операции с проникновением в брюшную или грудную полость, забрюшинные.	35.0%
	К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов.	
6	Операции в области конечностей (в т.ч. операции на ключице и лопатке, костях таза)	
	a) Остеосинтез пластинами, стержнями, удаление /восстановление структур суставов.	20.0%
	b) Хирургическая операция по удалению металлоконструкций (за исключением спиц)	10.0%
	c) установка/монтаж/перемонтаж/снятие компрессионно-дистракционных аппаратов на верхней конечности при лечении переломов. Выплата за операции, произведенные в связи с одной травмой производятся однократно.	10.0%
	d) установка/монтаж/перемонтаж/снятие компрессионно-дистракционных аппаратов на нижней конечности при лечении переломов. Выплата за операции, произведенные в связи с одной травмой производятся однократно.	15.0%
7	Швы разрывов (повреждений) нервных стволов, нервных сплетений, лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового, подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного.	5.0%
8	Ушивание крупных периферических сосудов.	5.0%
	К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены.	

Примечания:
1. Границы областей определяются в пределах анатомических областей человеческого тела.
2. Не подлежат оплате хирургические манипуляции (малые хирургические вмешательства): хирургическая обработка ран, ревизия ран; первичная хирургическая обработка, наложение швов на кожу и подкожную клетчатку; вскрытие, удаление панарициев, абсцессов; дренирование

флегмон; пункции суставов, гематом; вправление вывихов; закрытые репозиции переломов; имплантация зубов, потерянных в результате травмы; шинирование челюстей; диагностические эндоскопические операции; лаваж и т.п.		
9	Аппендэктомия при остром аппендиците	17.5%