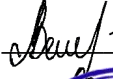


**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ДЕЛО ЖИЗНИ»**

---

УТВЕРЖДЕНО

Приказом ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ»  
№ 22/09/22-01/ОД от «22» сентября 2022 г.

Генеральный директор  Л. В. Велева



**ПРАВИЛА  
СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

г. Москва

## СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. БАЗОВЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
ГЛАВА 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	6
ГЛАВА 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	6
ГЛАВА 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	6
ГЛАВА 5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ.....	7
ГЛАВА 6. ИСКЛЮЧЕНИЯ.....	7
ГЛАВА 7. СТРАХОВАЯ СУММА.....	9
ГЛАВА 8. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.....	10
ГЛАВА 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	11
ГЛАВА 10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	11
ГЛАВА 11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	16
ГЛАВА 12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	17
ГЛАВА 13. ФАКТОРЫ СУЩЕСТВЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.....	20
ГЛАВА 14. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	20
ГЛАВА 15. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	20
ГЛАВА 16. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	21
ГЛАВА 17. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	22
ГЛАВА 18. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	25
ГЛАВА 19. ПОШЛИНЫ, НАЛОГИ И СБОРЫ.....	26
РАЗДЕЛ II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ.....	26
ГЛАВА 20. ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ИНДЕКСАЦИИ.....	26
ГЛАВА 21. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ».....	28
ГЛАВА 22. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ».....	30
ГЛАВА 23. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ».....	32

### Приложения

1. Порядок определения размера выкупной суммы
2. Перечень смертельно опасных заболеваний и хирургических вмешательств
3. Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях (травмах)
4. Образец заявления на страхование
5. Декларация о финансовом положении
6. Форма медицинского заключения
7. Образцы дополнительных анкет и вопросников
8. Образец страхового полиса
9. Образцы заявлений на получение страховой выплаты

## РАЗДЕЛ I. БАЗОВЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

### ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила страхования жизни (далее именуемые «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора страхования жизни, заключаемого Страховщиком со Страхователем (далее именуемого «договор страхования» или «договор»).
- 1.2. По договору страхования жизни Страховщик обязуется за обусловленную договором плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором страховую сумму или ее часть в случае дожития Застрахованного до определенного договором страхования срока, причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в жизни Застрахованного, а также его смерти.
- 1.3. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами, эти Правила становятся неотъемлемой частью договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Выгодоприобретателя и Страховщика, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила приложены к нему. Факт вручения Правил и ознакомления Страхователя с Правилами при заключении договора удостоверяется подписью Страхователя в Договоре страхования (Страховом полисе).
- 1.4. При заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в тексте настоящих Правил, если допущенные в договоре страхования отступления от настоящих Правил не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями договора страхования преимущественную силу имеют положения договора страхования.
- 1.5. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит в пользу Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.
- 1.6. Далее в Правилах (включая Дополнительные условия к Правилам), а также в заключаемых в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие термины и их определения:

**Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью страховая компания «ДЕЛО ЖИЗНИ» (ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ») - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной Банком России лицензией.

**Страховой консультант** – представитель Страховщика, уполномоченный на основании договорных отношений со Страховщиком или иных законных отношениях, заключать от его имени договора страхования на условиях и правилах, разработанных и утвержденных Страховщиком.

**Страхователь** - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, заключившие договор страхования со Страховщиком на основании настоящих Правил. Страхователи - физические лица вправе заключать договоры о страховании как своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, так и о страховании имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных). Если Страхователь - физическое лицо заключил договор о страховании своих имущественных интересов, то он одновременно является Застрахованным. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры страхования третьих лиц (Застрахованных).

**Застрахованное лицо (Застрахованный)** – физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай дожития им до определенного срока, причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в его жизни, а также его смерти. Допустимый возраст Застрахованного лица определяется условиями Программы или договором страхования до заключения договора.

**Дополнительное Застрахованное лицо** - физическое лицо, указанное в договоре страхования, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай дожития им до определенного срока, причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в его жизни, а также его смерти. Дополнительное Застрахованное лицо не может быть указано в договоре страхования без Застрахованного лица.

**Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено договором страхования.

**Страховая сумма** — денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении и, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой

выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма, указанная в договоре страхования, является гарантированной. **Гарантированная страховая сумма** не может быть уменьшена, т.е. при наступлении страхового случая страховая выплата будет, безусловно, произведена Страховщиком в соответствующем размере.

**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.

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

**Страховой взнос** — периодические платежи страховой премии, если страховая премия уплачивается в рассрочку.

**Страховой риск** — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления, которого осуществляется страхование.

**Страховой случай** — совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**Страховая выплата** — денежная сумма, установленная договором страхования, выплачиваемая Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в порядке, определенном договором страхования.

**Срок страхования** - период времени, при наступлении страховых случаев, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Правилами и договором страхования.

**Оплаченный договор (полис)** – договор страхования (полис), по которому Страхователем полностью исполнены обязанности по уплате страховых взносов, либо Страхователь освобожден Страховщиком от обязанности уплаты дальнейших страховых взносов.

**Территория страхования** - определенная территория, при наступлении страхового случая в пределах которой у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

**Выкупная сумма** - сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения договора страхования, которая выплачивается Страхователю при досрочном расторжении договора страхования, предусматривающего дожитие Застрахованного до указанного в договоре срока.

**Болезнь (заболевание)** - нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, диагноз которого поставлен в течение срока страхования на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также лабораторных и инструментальных исследований. Если в договор страхования включена болезнь и/или её последствия, то для признания болезни Застрахованного и/или её последствий страховым случаем, болезнь должна впервые развиться и впервые быть диагностирована у Застрахованного в течение срока страхования в отношении него, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до даты заключения договора страхования (или дополнительного соглашения), включающего соответствующий риск, если иное прямо не предусмотрено в договоре страхования.

**Предшествовавшее заболевание** – любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т. п., диагностированное или проявившееся связанными задокументированными в медицинских материалах симптомами в течение 10 лет до даты вступления в силу договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

**Несчастным случаем** в рамках настоящих Правил признается внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, скоротечное событие, характер, время и место наступления которого могут быть однозначно определены, фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов в период действия договора страхования независимо от воли Застрахованного лица и повлекшее за собой причинение вреда здоровью Застрахованного лица. По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, несчастным случаем будет признаваться:

- любая травма (в том числе ушиб мозга, подтвержденный результатами визуализирующих методов исследований (КТ, МРТ), сотрясение мозга, ушиб внутренних органов, полная или частичная потеря органов, вывих, перелом (за исключением патологического вывиха / перелома), ранение, разрыв, ожог, отморожение, поражение электрическим током);
- случайное попадание в дыхательные пути инородных тел, удушье, утопление;
- заболевание клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом (болезнью Лайма), полиомиелитом.

**Смерть** – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

**Инвалидность** – ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями

травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия договора страхования, приводящее к необходимости социальной защиты, с установлением группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании заключения медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК).

**Госпитализация** — помещение больного в течение срока страхования для проведения лечения (в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования) в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем. При этом госпитализацией не признается помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

**Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая** - нетрудоспособность в результате произошедшего в период действия договора страхования несчастного случая, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении определенного ограниченного периода времени, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая.

**Рабочий день** – рабочими днями считаются все дни, кроме суббот, воскресений и праздничных дней, установленных Правительством РФ (с учетом переносов).

**Предстраховое медицинское обследование** - мероприятия, направленные на оценку состояния здоровья Застрахованного для определения степени страхового риска перед заключением договора страхования, проводимые в медицинских учреждениях, имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности, например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком. В случае заключения договора страхования предстраховое медицинское обследование проводится за счет Страховщика.

**Медицинское обследование** - организованные за счет Страховщика мероприятия, направленные на установление причин и обстоятельств заявленного события, проводимые с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем, например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Медицинское обследование проводится в медицинских учреждениях, определенных Страховщиком и имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком и проводится за счет Страховщика.

**Медицинская экспертиза** – получение Страховщиком за свой счет консультации или независимого заключения специалиста и/или медицинского учреждения по результатам анализа и исследования медицинских документов и информации, предоставленных Застрахованным, а также результатов медицинского обследования Застрахованного. Медицинская экспертиза проводится для установления причин и обстоятельств заявленного события с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем.

**Квалифицированный врач** — специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя и/или посредника, при участии которого был заключен договор страхования, имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации) и состоящий в трудовых или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

**Период ожидания** – период времени с даты вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, обусловленного договором (конкретный период ожидания указывается в договоре), в течение которого любое заболевание – диагностированное, либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода – не будет являться основанием для признания случая страховым. Данный период ожидания не применяется в отношении несчастных случаев и при непрерывном продлении договора страхования. Период ожидания по договору страхования, заключаемому на основании настоящих Правил, составляет 180 дней, если договором или программой страхования не определено иное. По соглашению сторон, при разработке страховщиком страховой программы или при заключении договора страхования на специальных условиях срок периода ожидания может быть изменен.

**Гарантированная норма доходности** - процентная ставка, использованная для расчета тарифа по договору страхования и действующая на протяжении всего срока действия договора страхования.

**Годовщина договора страхования** – число и месяц даты начала действия договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия договора страхования приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия договора страхования считается 28 февраля, а в високосные – 29 февраля.

**Программа страхования** – совокупность рисков и условий, определяющих страховые суммы, премии,



риски и страховые выплаты. На основании настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать специальные программы страхования на основе базовых тарифов с применением повышающих или понижающих коэффициентов, исходя из набора страховых рисков, территории страхования, размера страховой суммы, срока действия договора страхования, факторов риска и иных критериев, что должно быть отражено в договоре страхования.

**Форс-мажор** - обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы, а также иные чрезвычайные события, которые стороны не могли предвидеть при заключении договора страхования, и которые препятствуют исполнению стороной обязательств по договору страхования.

## ГЛАВА 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

## ГЛАВА 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного срока, причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного, наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также его смерти.

## ГЛАВА 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 4.1. В соответствии с условиями Правил и в зависимости от выбранной программы страхования страховыми рисками могут являться:
- 4.1.1. дожитие Застрахованного лица до установленной договором страхования даты (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Дожитие»**). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до срока, указанного в договоре страхования;
- 4.1.2. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Смерть по любой причине»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования в течение срока страхования, указанного в договоре страхования;
- 4.1.3. смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Смерть в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, указанного в договоре страхования;
- 4.1.4. инвалидность Застрахованного I или II группы по любой причине, установленная в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Инвалидность по любой причине»**). Страховым случаем является установление Инвалидности I или II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования, указанного в договоре страхования;
- 4.1.5. инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Инвалидность в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является установление Инвалидности в результате несчастного случая Застрахованному лицу в течение срока страхования, указанного в договоре страхования;
- 4.1.6. инвалидность Застрахованного, установленная в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Инвалидность по причине ДТП»**). Страховым случаем является установление Застрахованному лицу Инвалидности в результате ДТП в течение срока страхования, указанного в договоре страхования;
- 4.1.7. смертельно опасное заболевание – в рамках настоящих Правил понимается как состояние здоровья Застрахованного, характеризующееся впервые установленным диагнозом или проведением операции в течение срока страхования, с неблагоприятным прогнозом в отношении жизни Застрахованного лица (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Смертельно опасное**

**заболевание»**). Установление смертельно опасного заболевания должно быть установлено квалифицированным врачом и основано на диагностических признаках, зафиксированных в медицинской документации, и соответствующих критериям определения, изложенным в закрытом Перечне смертельно опасных заболеваний и хирургических вмешательств (Приложение № 2 к настоящим Правилам). Страховым случаем является впервые установленный диагноз смертельно опасного заболевания или проведение операции Застрахованному лицу в течение срока страхования, указанного в договоре страхования и соответствующих критериям определений, изложенным в закрытом Перечне смертельно опасных заболеваний и хирургических вмешательств.

- 4.1.8. госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая (далее по тексту и в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Госпитализация в результате несчастного случая»**).
- 4.1.9. телесные повреждения (травмы) в результате несчастного случая (далее по тексту, а также в договоре страхования данный риск может именоваться как **«Телесные повреждения (травмы) в результате несчастного случая»** или **«Травма»**).
- 4.2. Страховым случаем по рискам, указанным в п.4.1.11 и 4.1.9 Правил, являются события, произошедшие в течение срока страхования, указанного в договоре страхования, только при условии, что вред, причиненный здоровью Застрахованного лица, выразился в форме или повлек наступление одного или нескольких из следующих событий:
- а) экстренная госпитализация в стационарное лечебно-профилактическое учреждение для проведения лечения, необходимость которого была вызвана несчастным случаем; под экстренной госпитализацией понимается помещение Застрахованного лица в круглосуточный стационар в течение 24 (двадцати четырех) часов после несчастного случая по поводу состояний, требующих неотложной медицинской помощи.
  - б) оперативное вмешательство, обусловленное несчастным случаем и проведенное в течение 30 (тридцати) дней после него, при условии, что первичное обращение за медицинской помощью имело место в течение 72 (семидесяти двух) часов после несчастного случая; под оперативным вмешательством имеются в виду следующие медицинские манипуляции/действия, обусловленные ранением/повреждением: шов (пластика) сосудов, нервов, мышц, сухожилий, связок, капсулы суставов; костная пластика, резекция кости, артропластика, артродез, эндопротезирование, вправление вывихов (при условии подтверждения данного факта рентгеновским снимком), трепанация кости черепа, ампутация, трахеостомия, эндоскопические операции (артроскопия, лапароскопия, лапароцентез, бронхоскопия, эзофагоскопия, пункция грудной полости при гемо-, пневмотораксе), первичная хирургическая обработка раны, сопровождавшаяся наложением швов на рану, за исключением лейкопластырных «швов» (сопоставления краев раны полосками лейкопластыря); первичная хирургическая обработка ожоговой раны;
  - в) травматический перелом, кроме патологического перелома, краевого перелома, трещины кости.
- 4.3. Смерть и инвалидность, наступившие в результате имевшего место в течение срока страхования несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее, чем в течение одного года со дня несчастного случая и была установлена прямая причинно-следственная связь с событием, обладающим признаками страхового случая.
- 4.4. **Основная программа** – страховые риски, которые являются неотъемлемой частью договора страхования по страховому продукту. Исключение данных рисков из основной программы невозможно без расторжения договора.
- 4.5. **Дополнительная программа** – страховой риск/страховые риски, включение которых в договор страхования не является обязательным при заключении договора.

## ГЛАВА 5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Территорией страхования по настоящим Правилам является весь мир, если иное не предусмотрено договором страхования, если только при этом не имели место какие-либо обстоятельства из числа указанных в главе 6 Правил.

## ГЛАВА 6. ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не будет являться страховым случаем событие, предусмотренное настоящими Правилами (кроме риска «Дожитие»), которое наступило во время или в результате:
- 6.1.1. использования ядерной энергии, воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
  - 6.1.2. любых военных действий (независимо от того, была объявлена война или нет), военных маневров или других военных мероприятий, их последствий, гражданских волнений или войн, военных переворотов, непосредственного участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной

- техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, участия в акциях правоохранительных органов; а также непосредственного участия Застрахованного лица в народных волнениях, забастовках, беспорядках;
- 6.1.3. умышленных действий или бездействия Застрахованного лица или Выгодоприобретателя, целью которых являлось причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, или если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель соучаствовали в совершении таких действий (бездействия) в качестве организатора, подстрекателя или пособника;
- 6.1.4. умышленного совершения или попытки совершения Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем преступления, или умышленного причинения Застрахованным лицом вреда своей жизни и/или своему здоровью, находящихся в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
- 6.1.5. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) договор страхования действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц (но не Выгодоприобретателем);
- 6.1.6. полета Застрахованного лица на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 6.1.7. заболеваний или осложнений заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до вступления договора страхования в силу, или травм, полученных до вступления договора страхования в силу (включая медицинские манипуляции, произведенные до вступления договора страхования в силу), в случае, если Страховщику не было письменно сообщено в Заявлении на страхование о наличии у Застрахованного лица указанных обстоятельств до заключения договора страхования;
- 6.1.8. психического или нервного заболевания Застрахованного лица, или эпилептического припадка, или иных судорожных или конвульсивных приступов, приведших к любым последствиям (за исключением случаев, когда данные нарушения были вызваны несчастным случаем, предусмотренным договором страхования), а также страховым случаем не является ушиб головного мозга, если он не подтвержден результатами визуализирующих методов исследования: компьютерной и/или магнитно-резонансной томографией головного мозга;
- 6.1.9. проведения медицинских процедур и манипуляций без предписания квалифицированного врача, лечения любыми способами, официально не признанными медицинской наукой (нетрадиционная медицина), лечения или иного медицинского вмешательства, осуществляемого самим Застрахованным лицом (самолечение) или другими лицами по его поручению (кроме случаев, когда такое лечение или иное медицинское вмешательство производилось по предписанию врача в период действия договора страхования);
- 6.1.10. болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, в том числе, но не исключительно:
- а) экзогенной интоксикации, алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
  - б) патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года).
- 6.1.11. профессиональных занятий Застрахованным спортом или в результате опасных хобби (например, альпинизм, скалолазание, ледолазание, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящихся на дне (независимо от глубины погружения), прыжки с парашютом, скайсерфинг, бейсджампинг, дельта/парапланеризм, вингсьют, скачки, ВМХ, маунтин байк, даунхилл, спелеотуризм, аквабайк, вейкбординг, яхтинг в открытом море, паркур, бои без правил, охота на крупную дичь и т.п.); в результате занятий любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, гонках.
- 6.1.12. участия в мотокроссе, триале, мотогонках, автогонках или иных гонках на скорость; иных соревнованиях; а также во время езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизированном транспортном средстве при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже 0°C;
- 6.1.13. нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в



- совершении преступления;
- 6.1.14. врожденных заболеваний, последствий родовых травм, инфицирования при рождении;
- 6.1.15. пластических операций или косметического лечения, а также их последствий.
- 6.2. Не является страховым случаем причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, если в момент наступления страхового события Застрахованное лицо:
- 6.2.1. находилось в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, принятых без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было приведено в такое состояние насильственно без соучастия Выгодоприобретателя и случаев употребления Застрахованным лицом наркотических, токсических, сильнодействующих или психотропных веществ по предписанию лечащего врача и с соблюдением указанной врачом дозировки;
- 6.2.2. управляло любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления, либо передало управление транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения / отравления.
- 6.3. Не принимаются на страхование и не могут являться Застрахованными лицами следующие категории лиц:
- а) лица в возрасте до 1 (Одного) года;
  - б) инвалиды I группы, лица в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет, которым установлена категория "ребенок-инвалид", а также лица, требующие постоянного ухода;
  - в) лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом и / или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете или наблюдающиеся у врача-специалиста;
  - г) лица, больные СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
  - д) лица с нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере или наблюдающиеся у врача-специалиста;
  - е) лица, признанные безвестно отсутствующими;
  - ж) лица, в отношении которых в связи с совершением ими преступления судом когда-либо назначались принудительные меры медицинского характера;
  - з) лица, находящиеся под следствием, а также отбывающие наказание за совершение преступлений в виде лишения или ограничения свободы, ареста, содержания в дисциплинарной воинской части.
- 6.4. Следующие категории лиц могут быть Застрахованными лицами только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем до заключения Договора страхования:
- а) инвалиды II группы;
  - б) лица, с врожденными аномалиями;
  - в) ВИЧ-инфицированные;
  - г) лица, страдающие гепатитом;
  - д) лица, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертонической болезнью, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, атеросклерозом;
  - е) лица, страдающие системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе, ревматизмом, ревматоидным артритом, любым системным васкулитом, системной красной волчанкой, болезнью Бехтерева, склеродермией и т.п.
- При заключении Договора страхования в отношении указанных в п. 6.4. Правил категорий лиц Страховщик вправе определить дополнительные условия и ограничения, а также отказать в страховании по отдельной группе рисков с учетом состояния здоровья данных лиц.
- 6.5. Не является страховым случаем событие, возникшее при несоблюдении Застрахованным лицом рекомендаций / назначений врача о диагностическом обследовании и / или лечении вне зависимости от того, были даны рекомендации / назначения врача до наступления заявленного события или после.
- 6.6. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные ограничения для отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, состоянием здоровья, полом, условиями или территориями проживания, профессиональной или иной деятельностью.
- 6.7. Пункт 6.1. Правил не применяются, если Страхователь (Застрахованный) письменно уведомил Страховщика до заключения договора страхования о наличии указанных обстоятельств в жизни Застрахованного и Страховщик заключил договор страхования, применив повышенный страховой тариф. Если Страхователь (Застрахованный) письменно известил Страховщика о наличии указанных обстоятельств в период действия Договора страхования, то п. 6.1. Правил не применяются с момента подписания сторонами соответствующего дополнительного соглашения.

## ГЛАВА 7. СТРАХОВАЯ СУММА

- 7.1. Страховой суммой по риску «Дожитие» (п. 4.1.1 Правил) является сумма, установленная Страховщиком по

соглашению со Страхователем и указанная в договоре страхования, подлежащая выплате единовременно в случае дожития Застрахованного лица до установленной даты окончания периода страхования в отношении данного риска.

- 7.2. По рискам, перечисленным в п. 4.1.2 – 4.1.9 настоящих Правил, страховой суммой является сумма, установленная Страховщиком по соглашению со Страхователем и указанная в договоре страхования.
- 7.3. Если Страхователь заключает договор страхования в отношении нескольких лиц, страховая сумма в договоре может быть установлена на каждое Застрахованное лицо (индивидуальная страховая сумма), либо как общая страховая сумма по всем Застрахованным по каждому страховому риску, предусмотренному Договором.
- 7.4. При заключении коллективных Договоров страхования может быть предусмотрен другой порядок определения страховых сумм на одного Застрахованного и на весь договор в целом.
- 7.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, едино или отдельно по каждому риску, включенному в договор страхования.

## **ГЛАВА 8. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

- 8.1. При определении размера страховой премии Страховщик вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Тариф зависит от пола и возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования, порядка уплаты страховых взносов. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.
  - 8.1.1. Страховщик имеет право применять к стандартным тарифам поправочные коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска: состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности, увлечений/хобби Застрахованного лица, и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска (см. также главу 13 Правил).
  - 8.1.2. Размер страхового взноса (страховой премии) вычисляется как произведение страховой суммы и страхового тарифа с учётом поправочных коэффициентов.
- 8.2. Порядок уплаты страховой премии определяется по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.
- 8.3. Страховая премия по договору страхования может быть оплачена Страхователем единовременно или оплачиваться Страхователем в рассрочку (ежегодно, раз в полгода или ежеквартально). Периодичность оплаты страховых взносов и срок(и) оплаты устанавливаются в договоре страхования и является единой для всех рисков и программ, включенных в договор страхования. Договором страхования может быть определен минимальный размер страхового взноса, ниже которого договор страхования не заключается.
- 8.4. Страховая премия по договору страхования оплачивается Страхователем в рублях наличными денежными средствами или по безналичному расчету. Если иное не установлено договором страхования, днём уплаты страховой премии считается:
  - а) при уплате наличными — день получения денежных средств Страховщиком или его представителем;
  - б) при уплате по безналичному расчету — день поступления денежных средств на банковский счет Страховщика.
- 8.5. Оплата премии по договору страхования является безусловной обязанностью Страхователя, при этом:
  - 8.5.1. Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса. Льготный период, если иное не определено условиями договора, составляет 30 (Тридцать) календарных дней и начинается с даты, установленной в договоре страхования в качестве даты оплаты очередного страхового взноса.
  - 8.5.2. Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату взносов в сроки и размере, установленные договором страхования, то по согласованию со Страховщиком условия договора страхования могут быть изменены, в том числе договор может быть преобразован в Оплаченный с соответствующим перерасчетом страховых сумм, размера и количества страховых выплат и иных условий договора.

Договор страхования преобразуется в Оплаченный договор в случае, если размера сформированного Страховщиком страхового резерва по данному договору на дату, предшествующую дате уплаты очередного страхового взноса, уплата которого просрочена, достаточно для сохранения договора в силе без дальнейшей уплаты страховых взносов. Преобразование договора в Оплаченный на основании настоящего пункта возможно только в отношении программ с рисками, перечисленными в п. 4.1.1. и 4.1.2 Правил. В этом случае Страховщик осуществляет перерасчет размера страховой суммы, размера и количества страховых выплат, срока страхования и направляет Страхователю или размещает в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика по адресу: <https://prolife.ru/> дополнительное соглашение к договору страхования, подписанное Страховщиком, вступающее в силу с даты уплаты очередного страхового взноса, уплата которого Страхователем просрочена, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. После чего страхование будет продолжено без дальнейшей уплаты страховых

- взносов с соответствующим изменением страховой суммы и/или срока страхования.
- 8.5.3. Если в течение льготного периода Страхователь не оплатил очередной страховой взнос, страхование, обусловленное договором (обязательство Страховщика по осуществлению страховой выплаты), не распространяется на страховые случаи, произошедшие позднее 24 часов последнего дня льготного периода. Это означает, что при наступлении страхового случая страховая выплата не производится. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты удержать сумму просроченного страхового взноса.
- 8.5.4. Страхователь вправе досрочно расторгнуть договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика. В этом случае Договор страхования расторгается с более поздней из следующих дат: даты, указанной в заявлении как дата расторжения, или даты получения заявления на расторжение Страховщиком.
- 8.5.5. Страховщик не обязан высылать каких-либо уведомлений Страхователю об уплате страховых взносов или любых других уведомлений. Наличие таких уведомлений не может рассматриваться как отказ Страховщика от своего права не высылать уведомлений.
- 8.5.6. При неуплате очередного взноса в срок, установленный договором страхования, и/или его уплаты не в полном объеме, и отсутствии заявления Страхователя о внесении изменений в договор (в случае невозможности преобразования договора страхования в Оплаченный), обязательства Страховщика, вытекающие из договора страхования, прекращаются в соответствии со ст. 407, п.3 ст. 954 Гражданского Кодекса РФ с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём, когда очередной страховой взнос должен был быть оплачен в соответствии с условиями договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса и/или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений любым доступным из способов, перечисленных в пункте 10.25 настоящих Правил. Ранее оплаченные взносы при этом возврату не подлежат. При этом нереализация Страховщиком права на односторонний отказ от исполнения договора не отменяет и не изменяет последствий неуплаты очередного страхового взноса, предусмотренных п.8.5.3 настоящих Правил.
- 8.6. Любая сумма, оплаченная Страховщику после того, как срок действия договора страхования истек или договор страхования был расторгнут, не накладывает на Страховщика никаких обязательств за исключением обязательства по возврату этой суммы.
- 8.7. В случае оплаты страхователем страхового взноса на сумму, превышающую определенную страховым полисом сумму периодического страхового взноса, страховым взносом признается оплаченная сумма полностью. Страховщик имеет право в одностороннем порядке произвести перерасчет оплаты страховых взносов, после чего направить обновленный график оплаты страховых взносов Страхователю. Одностороннее изменение графика оплаты страховых взносов, в случае переплаты страховых взносов, не требует дополнительного соглашения.

## **ГЛАВА 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 9.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.
- 9.2. Начало и окончание срока действия договора страхования определяется календарными датами, которые указываются в договоре страхования. Минимальный срок страхования – 5 лет. Максимальный срок 20 лет. Для дополнительных программ страхования сроки действия страхования могут отличаться от сроков действия для основной программы, но никогда не могут их превышать.
- 9.3. Договор страхования вступает в силу в 00 часов местного времени дня, указанного как дата начала действия договора.
- 9.4. Срок действия договора страхования истекает в 24 часа местного времени дня, указанного как дата окончания действия договора.
- 9.5. При этом под местным временем в какой-либо день понимается исчисление времени, официально принятое в том географическом пункте, который в этот день признается местом жительства или местом постоянного пребывания застрахованного лица.
- 9.6. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу и до истечения срока действия договора.

## **ГЛАВА 10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 10.1. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет за собой недействительность договора страхования. Договор страхования может быть заключен на основании настоящих Правил, или на основании дополнительных программ к Правилам, указанных в специализированных программах. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах или на основании дополнительных программ к Правилам, указанных в

специализированных программах, такие условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика. Страхователь и Страховщик вправе согласовать любые иные дополнения, исключения, уточнения к договору, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации, исключить отдельные положения Правил из содержания договора страхования, закрепив это в тексте договора страхования.

- 10.2. Лицо, имеющее намерение заключить договор страхования, обращается к представителю Страховщика (далее – Страховой консультант), который разъясняет потенциальному Страхователю условия страхования и производит предварительный расчет страховой суммы и страховой премии по тарифам Страховщика (п. 8.1 Правил).
- 10.3. Страхователь, получивший от Страхового консультанта разъяснения об условиях страхования, уведомленный о предварительно рассчитанной страховой сумме и согласившийся заключить договор страхования на таких условиях, подписывает и направляет Страховщику, либо Страховому консультанту заявление на страхование по установленной Страховщиком форме (Приложение № 4 к Правилам), а также документы, необходимые для принятия решения о заключении договора. Необходимый перечень документов для заключения договора страхования приведен в п. 10.5. Правил, при этом Страховщик оставляет за собой право сократить указанный перечень, исходя из степени риска и заявленной страховой суммы. Копия подписанного Заявления на страхование остается у Страхователя. Условия, содержащиеся в заявлении на страхование, впоследствии становятся неотъемлемой частью договора страхования. Заявление на страхование и прилагаемые к нему документы могут быть направлены Страховщику с использованием личного кабинета на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" – [www.prolife.ru](http://www.prolife.ru) и подписаны простой электронной подписью Страхователя-физического лица. При этом сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" – [www.prolife.ru](http://www.prolife.ru) используется в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы. Заявление на страхование и прилагаемые документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя – физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от «06» апреля 2011 года № 63-ФЗ "Об электронной подписи", признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью. Страховщик оставляет за собой право запросить Заявление на страхование и прилагаемые к нему документы на бумажном носителе.
- 10.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, оговоренные Страховщиком в стандартных формах договора страхования (страхового полиса), заявления на страхование или в письменном запросе Страховщика. При заключении договора страхования представитель Застрахованного лица дает письменное согласие на доступ Страховщика или его представителей к любой информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, оказанных или оказываемых ему медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов.
- 10.5. Для заключения договора страхования, а также при последующем внесении изменений в действующий договор страхования:
- 10.5.1. Страхователь предъявляет документы, позволяющие установить следующие сведения в отношении себя (указанные сведения предоставляются Страхователем также в отношении Выгодоприобретателей по договору страхования):
- а) фамилию, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
  - б) гражданство;
  - в) дату и место рождения;
  - г) копия документа, удостоверяющего личность;
  - д) данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
  - е) адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
  - ж) идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
  - з) телефон, адрес электронной почты.
- 10.5.2. Страховщик вправе запросить у Страхователя сведения медицинского характера о потенциальном Застрахованном лице или о самом Страхователе, если он заявляется как потенциальное Застрахованное лицо (Страхователь). Сведения могут включать в себя медицинское заключение по установленной Страховщиком форме (Приложение № 6 к Правилам), результаты функционально-диагностических и лабораторных исследований, а именно: анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, общий и биохимический анализы крови, ЭКГ в покое (лента ЭКГ и заключение врача), стресс-ЭКГ (протокол велоэргометрии или тредмилметрии), рентгенография (крупнокадровая флюорография) органов грудной клетки с описанием. Кроме того, Страховщик также вправе запросить иммунохимические и серологические анализы крови, результаты функционально-диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенологических



исследований, включая рентгенограммы, гистологических исследований) в зависимости от локализации патологии потенциального Застрахованного лица, заключения врачей-специалистов соответствующего профиля в зависимости от имеющихся у потенциального Застрахованного лица отклонений в состоянии здоровья, выписные эпикризы, выданные в период лечения заболеваний, проводимых до заключения договора страхования, амбулаторные карты из всех лечебных учреждений, где потенциальное Застрахованное лицо получал медицинскую помощь (включая поликлинику по месту жительства), за определенный период, предшествующий заключению договора страхования.

- 10.5.3. Страховщик вправе потребовать заполнения Декларации о финансовом положении по форме, установленной Страховщиком (Приложение № 5 к Правилам), а также запросить документы, подтверждающие финансовое положение потенциального Застрахованного лица, а именно: подтверждение размера дохода за последние 3 (Три) года (справки о доходах физического лица (2-НДФЛ), справки с места работы о размере дохода и занимаемой должности, налоговые декларации по налогу на доходы физических лиц (3-НДФЛ) или подтверждение размера дохода налоговым инспектором); копию кредитного договора или решения кредитного комитета банка о предоставлении кредита, включая срок и размер кредита; договоры аренды движимого и недвижимого имущества, находящегося в собственности потенциального Застрахованного лица; документы, подтверждающие размер дивидендов от ценных бумаг; информацию о компании, учредителем/участником/акционером которой является потенциальное Застрахованное лицо (учредительные документы, год основания компании, количество сотрудников, годовой оборот, недвижимость, активы и пассивы, участие в других предприятиях (если таковые имеются), незаконченные судебные разбирательства и случаи банкротства (если таковые имеются); балансовые отчеты компании, информация о зарплате главного исполнительного директора, неоплаченные долги, дебиторская задолженность/кредиторская задолженность, обязательства, списание долгов, структура активов, копии годовых отчетов компании).
- 10.5.4. Страховщик также вправе потребовать заполнения потенциальным Застрахованным лицом, либо его представителем по закону, или Страхователем, если он заявляется как потенциальное Застрахованное лицо (Страхователь) дополнительных анкет и вопросников, касающихся состояния здоровья, увлечений/хобби и особенностей профессиональной деятельности, на основании которых будет произведена оценка риска при принятии на страхование (Приложение № 7 к Правилам).
- 10.6. Страховщик вправе впоследствии проверять сообщенные Страхователем при заключении договора страхования сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.
- 10.7. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.
- 10.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.
- 10.9. Одновременно с подачей заявления на страхование Страхователь оплачивает в качестве аванса сумму, равную рассчитанному первому страховому взносу. Страховой взнос может быть оплачен по выбору Страхователя путем перечисления на банковский счет Страховщика, при этом, все расходы по банковским или иным операциям, связанным с перечислением, несет Страхователь, или наличными денежными средствами Страховому консультанту или в кассу Страховщика (в этом случае Страхователю выдается финансовый документ в соответствии с требованиями действующего законодательства). Копия финансового документа прилагается к оригиналу заявления на страхование при отправке его Страховщику.
- 10.10. Страховой консультант при заключении договора страхования знакомит Страхователя с настоящими Правилами. Данный факт удостоверяется подписью Страхователя в заявлении на страхование.
- 10.11. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 8 к Правилам).
- 10.12. Уровень страхового риска для потенциального Застрахованного лица, определенный Страховщиком исходя из представленных документов, может оказаться выше, чем среднестатистический уровень страхового риска, на основе которого определены стандартные тарифы по страховому продукту (п. 8.1. Правил). В таком случае Страховщик, после оценки индивидуального уровня страхового риска вправе предложить Страхователю заключить договор страхования на измененных условиях.
- 10.12.1. Если при заполнении заявления на страхование Страхователь поставил отметку о том, что он согласен с тем, что Страховщик вправе уменьшить размер страховой суммы по результатам оценки степени страхового риска без предварительного согласования со Страхователем, то Страховщик в порядке и в срок, установленный п. 10.14 Правил, вручает Страхователю страховой полис с тем же размером



страховых взносов, указанном в заявлении на страхование, но со страховой суммой меньшей, чем предварительно рассчитанная и указанная в заявлении на страхование.

- 10.12.2. Если Страхователь не согласен с тем, что Страховщик вправе уменьшить размер страховой суммы по результатам оценки степени страхового риска без предварительного согласования со Страхователем и в связи с этим не поставил соответствующую отметку в заявлении на страхование, то Страховщик вправе, не высылая страхового полиса, предложить Страхователю заключить договор страхования:
- а) с тем же размером страхового взноса, но со страховой суммой меньшей, чем предварительно рассчитанная и указанная в заявлении на страхование;
  - б) с той же страховой суммой, но с размером страхового взноса большим, чем взнос, предварительно рассчитанный и указанный в заявлении на страхование.
- Соответствующее письменное предложение Страховщик высылает почтовым отправлением или иным способом передает Страхователю. При этом в предложении указываются конкретные размеры страховой суммы и страховых взносов, соответствующие уровню страхового риска для данного Страхователя.
- 10.12.3. Страхователь, принявший предложение заключить договор страхования:
- а) с тем же размером страхового взноса, но со страховой суммой меньшей, чем сумма, указанная в заявлении на страхование – направляет Страховщику письменное согласие;
  - б) с той же страховой суммой, но с размером страхового взноса большим, чем взнос, указанный в заявлении на страхование – производит доплату страховой премии в соответствии с предложением Страховщика.
- 10.12.4. Страхователь вправе отказаться от заключения договора страхования на измененных условиях, предложенных Страховщиком, направив Страховщику соответствующее письменное уведомление. Считается также, что Страхователь отказался от заключения договора страхования на измененных условиях, предложенных Страховщиком, если к Страховщику поступило предложение Страхователя заключить договор страхования на условиях иных, чем предложенные Страховщиком в письменном предложении об изменении условий, или если в течение 30 (Тридцати) дней с момента получения Страхователем письменного предложения:
- а) к Страховщику не поступило письменное согласие Страхователя заключить договор страхования с тем же размером страхового взноса, но со страховой суммой меньшей, чем сумма, указанная в заявлении на страхование;
  - б) Страховщиком не получена в полном объеме сумма, дополнительно подлежащая уплате в качестве аванса при заключении договора страхования с той же страховой суммой, но с размером страхового взноса большим, чем взнос, указанный в заявлении на страхование.
- 10.12.5. В случае отказа Страхователя от заключения договора страхования на измененных условиях договор страхования заключению не подлежит, а уплаченная в качестве аванса сумма возвращается Страхователю по его письменному заявлению.
- 10.12.6. При согласии Страхователя заключить договор страхования на измененных условиях, предложенных Страховщиком, последний в порядке и в срок, установленный п. 10.14 Правил, вручает Страхователю страховой полис.
- 10.13. Необходимыми условиями заключения договора страхования являются:
- а) поступление к Страховщику надлежащим образом оформленных заявления на страхование и приложенных к нему документов, в соответствии с пунктом 10.5 Правил;
  - б) поступление в полном объеме аванса в счет причитающегося первого страхового взноса на банковский счет или в кассу Страховщика.
- При невыполнении хотя бы одного из вышеуказанных условий договор страхования заключению не подлежит, а уплаченная в качестве аванса сумма возвращается Страхователю по его письменному заявлению.
- 10.14. При выполнении условий, указанных в п.10.13 Правил, Страховщик в течение 30 (Тридцати) календарных дней высылает заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или иным способом, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации, передает Страхователю страховой полис, удостоверяющий факт заключения договора страхования.
- 10.15. Если по причинам, не зависящим от Страховщика (в частности, отсутствие Страхователя по указанному им адресу, утрата почтового отправления и т. п.), страховой полис не получен Страхователем, последний вправе в любое время получить страховой полис (если он возвращен Страховщику) или его дубликат в офисе Страховщика по предъявлении документа, удостоверяющего личность.
- 10.16. Если Страхователь мог получить страховой полис или его дубликат по почте или в офисе Страховщика, но не сделал этого, то неполучение им страхового полиса по причинам, не зависящим от Страховщика, не предоставляет Страхователю возможности отказаться от заключенного договора страхования после вступления его в силу.
- 10.17. Договор страхования вступает в силу, начиная с 14 (четырнадцатого) дня, исчисляемого со дня выполнения всех условий, указанных в п. 10.13 Правил, или – если договор страхования заключается на измененных условиях – со следующего дня, считая – в зависимости от того, какое из событий наступит

- позже, – со дня поступления к Страховщику согласия Страхователя или со дня уплаты аванса в счет причитающегося первого страхового взноса по договору страхования в полном объеме, но не ранее 14 (четырнадцатого) дня со дня получения Страховщиком надлежащим образом оформленного заявления на страхование и прилагаемых к нему документов.
- 10.18. С момента вступления договора страхования в силу первый страховой взнос признается оплаченным путем зачета сумм, оплаченных в качестве аванса.
- 10.19. В случае утери договора страхования (полиса) Страхователем Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр договора страхования считается не имеющим юридической силы с момента подачи Страхователем соответствующего заявления. При повторной утере договора страхования (полиса) Страховщик вправе потребовать от Страхователя уплаты денежной суммы в размере стоимости изготовления дубликата договора страхования (полиса).
- 10.20. Все данные о Страхователе и Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Информация, полученная Страхователем и/или Застрахованным лицом от Страховщика и помеченная последним как конфиденциальная, не может быть раскрыта третьим лицам без предварительного письменного согласия Страховщика.
- 10.21. Договор страхования может быть изменен (например, увеличение страховой суммы, изменение периодичности уплаты страховых взносов) по соглашению со Страховщиком в любую годовщину договора страхования, кроме случая, предусмотренного п. 8.7. настоящих Правил.
- 10.22. Все изменения условий договора страхования, кроме случая, предусмотренного п. 8.7. настоящих Правил, производятся по соглашению сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме.
- 10.23. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения. Вся корреспонденция в связи с договором страхования направляется по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. В случае смены адреса Страховщика, надлежащим уведомлением Страхователя о смене адреса Страховщика считается опубликование извещения на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет ([www.prolife.ru](http://www.prolife.ru)) для неопределенного круга лиц. В данном случае направление индивидуального извещения Страхователю не требуется. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу. В случае смены адреса без информирования об этом другой Стороны, неизвещенная Сторона освобождается от ответственности за неинформирование сменившей адрес Стороны.
- 10.24. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц и печати Страховщика способом механического и иного копирования, в том числе с помощью компьютерных программ, при заключении договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения договора страхования.
- 10.25. Письма, уведомления и иные документы, в том числе Страховой полис, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:
- уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);
  - уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);
  - уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в Договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;
  - уведомление размещено в личном кабинете Страхователя (информационный ресурс на официальном сайте Страховщика информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» – [www.prolife.ru](http://www.prolife.ru)), о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.
- 10.26. В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель)

- обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.
- 10.27. Договор также может заключаться на основании устного или письменного заявления, в том числе в виде электронного документа, потенциального Страхователя о заключении договора страхования. Страховщик формирует договор страхования и направляет его в виде Полиса, который является Офертой, в тексте которого содержатся Декларация Страхователя/Застрахованного и Полисные условия, на сообщенный потенциальным Страхователем адрес электронной почты. Страхователь в любой момент вправе обратиться к Страховщику за получением договора страхования в бумажном виде. Акцептом договора страхования является оплата Страхователем первого страхового взноса или его части в соответствии с Договором страхования.
- 10.28. Перечень сведений, передаваемых Страхователем через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет для формирования заявления о заключении договора страхования в электронной форме, включает в себя сведения, необходимые для предоставления Страховщику при заполнении заявления о заключении договора страхования на бумажном носителе. Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить договор на предложенных Страховщиком условиях.
- Полис страхования в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи» или Полис страхования, подписанный подписью Страховщика, в том числе с использованием факсимиле подписи, направляется Страхователю при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 10.13 Правил, в срок, предусмотренный пунктом 10.14 Правил.
- Медицинское обследование принимаемого на страхование лица при заключении договора страхования в электронном виде не производится. В случае, если на основании сведений, представленных для заключения договора страхования в электронной форме, Страховщик считает необходимым провести медицинское обследование лица, принимаемого на страхование, до заключения договора страхования, договоры страхования в виде электронных документов не заключаются.
- Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с законодательством о защите персональных данных выражает согласие на обработку, хранение и иное использование своих персональных данных, содержащихся в документах и иной информации, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также на трансграничную передачу персональных данных в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и необходимо Страховщику для исполнения его обязательств по заключенному договору страхования.
- Страховщик в течение всего срока, установленного нормативными документами, в течение которых он обязан хранить информацию о Страхователе и оказанных услугах обрабатывает данные Страхователя с помощью своих программно-аппаратных средств. Обработка персональных данных в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях.
- Согласие Страхователя может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику письменного Заявления об отзыве согласия на обработку, хранение и иное использование персональных данных. При этом такой отзыв является основанием для расторжения договора страхования.
- Страхователь по письменному запросу Страховщика в срок, указанный в запросе, обязан ежегодно обновлять персональные данные о себе (в случае если Страхователь является физическим лицом), Застрахованном лице и Выгодоприобретателе (-ях).
- В случае письменного запроса Страховщика Страхователь в срок, указанный в запросе, обязан предоставлять информацию о конечных бенефициарах по договору страхования в случаях, когда представление такой информации требуется в силу применимого законодательства.
- В случае изменения персональных данных Страхователь обязан известить о них Страховщика письменно в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты изменения персональных данных.

## **ГЛАВА 11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 11.1. Договор страхования прекращается в случае:
- 11.1.1. истечения срока действия договора страхования;
- 11.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем (Выгодоприобретателем) по договору в полном объеме;

- 11.1.3. смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем;
- 11.1.4. по требованию (по инициативе) Страховщика – в случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами и договором страхования;
- 11.1.5. отказа Страховщика от исполнения договора страхования в связи с неуплатой Страхователем очередного страхового взноса;
- 11.1.6. по требованию (по инициативе) Страхователя.
- 11.1.7. по соглашению сторон;
- 11.1.8. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- 11.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Правилами и договором страхования.
- 11.2. При досрочном прекращении договора страхования по причинам, указанным в пп. 11.1.3-11.1.9 Страхователю (наследникам Страхователя) будет выплачена выкупная сумма. Порядок расчёта и определения размера выкупной суммы приведен в «Порядке определения размера выкупной суммы» (Приложении № 1 к Правилам). Для получения выплаты Страховщику должны быть предоставлены следующие документы: письменное заявление, договор страхования, документы, подтверждающие оплату страховых взносов, а также документ, удостоверяющий личность получателя.  
При осуществлении выплаты выкупной суммы Страховщик в соответствии с налоговым законодательством РФ исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет налог на доходы физических лиц. В связи с этим Страховщик, как налоговый агент, также вправе запросить у Страхователя документы, подтверждающие получение/неполучение Страхователем социального налогового вычета по оплаченным взносам или возврат полученного вычета.  
Выплата выкупной суммы производится в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты получения Страховщиком документов, перечисленных в данном пункте.
- 11.3. **Период охлаждения:** период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить в полном объеме возврат уплаченной страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В рамках настоящих Правил в случае отказа Страхователя от заключенного договора в период охлаждения, продолжительность периода охлаждения и действия Страховщика определены Указанием Центрального Банка РФ № 3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования». Период охлаждения и условия его исполнения могут изменяться решением Центрального Банка РФ. Стороны руководствуются редакцией Указания ЦБ РФ по Периоду охлаждения, действующей на дату получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.  
В случае отказа Страхователя от договора в течение Периода охлаждения со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик обязан возратить Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:
- в случае если Страхователь отказался от договора в течение Периода охлаждения со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования) уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;
  - в случае если Страхователь отказался от договора в течение Периода охлаждения со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик вправе удержать часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора;
- 11.4. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора или иной даты, установленной по соглашению сторон в договоре, но не позднее окончания Периода охлаждения.
- 11.5. Возврат Страхователю страховой премии по выбору Страхователя осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора.

## **ГЛАВА 12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 12.1. **Страхователь имеет право:**
- 12.1.1. получить оригинал договора страхования и его дубликат в случае утраты;
- 12.1.2. получить Правила и/или условия страхового продукта, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен договор страхования;
- 12.1.3. получать разъяснения по заключенному договору страхования;
- 12.1.4. получать от Страховщика информацию о его финансовых показателях, не являющуюся коммерческой тайной;



- 12.1.5. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;
- 12.1.6. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением требований, предусмотренных в настоящих Правилах и законодательстве Российской Федерации;
- 12.1.7. вносить с согласия Страховщика изменения в условия договора страхования;
- 12.1.8. в любое время, письменно уведомив Страховщика, отказаться от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя договор страхования считается прекращенным с более поздней из следующих дат: даты, указанной в уведомлении Страхователя, или даты получения уведомления Страховщиком. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если договором не предусмотрено иное.
- 12.2. **Страхователь обязан:**
  - 12.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
  - 12.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую и достоверную информацию о своей жизни, деятельности и состоянии здоровья, а в случае если Застрахованным является не Страхователь, то информацию о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованного лица, необходимую Страховщику для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). В этой связи, Страхователь/Застрахованные лица в соответствии с п. 3 ст. 13 ФЗ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при заключении договора страхования обязаны дать письменное согласие всем медицинским учреждениям, обладающим соответствующей информацией о состоянии здоровья Страхователя/Застрахованного лица, результатах медицинского обследования и проводимом лечении, на сообщение сведений, в том числе составляющих врачебную тайну, представителям Страховщика в целях принятия решения о выплате страховой суммы по договору страхования;
  - 12.2.3. при коллективном страховании представить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием установленных для них размеров страховых сумм;
  - 12.2.4. ознакомить Застрахованных лиц с положениями договора страхования и настоящих Правил;
  - 12.2.5. незамедлительно письменно сообщать Страховщику обо всех изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на степень риска, в том числе произошедших во время действия договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и договоре страхования, а также указанных в главе 13 Правил);
  - 12.2.6. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на получение страховой выплаты, установленной Страховщиком формы (Приложение № 9 к Правилам), а также все необходимые документы в соответствии с главой 17 Правил (данная обязанность является обязанностью Застрахованного лица или Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой);
  - 12.2.7. вернуть полученную страховую выплату или её часть, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты (данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя);
  - 12.2.8. до заключения договора страхования письменно уведомить Страховщика обо всех договорах страхования жизни, а также договорах страхования от несчастных случаев и / или болезней, заключенных в отношении Застрахованного лица с другими страховщиками;
  - 12.2.9. исполнять любые иные положения настоящих Правил и договора страхования.
- 12.3. **Страховщик имеет право:**
  - 12.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем (включая сведения, указанные в заявлении / анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
  - 12.3.2. потребовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения;
  - 12.3.3. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем положений настоящих Правил и договора страхования;
  - 12.3.4. потребовать медицинского освидетельствования потенциального Застрахованного лица в объеме, определенном Страховщиком согласно п. 10.5.2 Правил, и направить его для прохождения необходимого медицинского обследования в определенное лечебное учреждение;
  - 12.3.5. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливая ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев);
  - 12.3.6. направить к Застрахованному лицу своего квалифицированного врача, которому должна быть предоставлена возможность свободного доступа к Застрахованному лицу, для всестороннего его обследования;
  - 12.3.7. самостоятельно запрашивать в случае необходимости документацию, предусмотренную настоящими Правилами, из лечебных учреждений и компетентных органов (в том числе для принятия решения о



- страховой выплате);
- 12.3.8. организовывать проведение медицинского освидетельствования и независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
- 12.3.9. при проведении страховой экспертизы квалифицированным врачом – осматривать Застрахованное лицо, задавать ему вопросы о состоянии здоровья, просить выполнить его какие-либо действия, помогающие определить степень утраты функций организма, а также знакомиться с медицинскими документами о состоянии здоровья Застрахованного лица, лично беседовать с его лечащим врачом и другим медицинским персоналом, совершать иные действия, необходимые для установления причин и обстоятельств страхового случая;
- 12.3.10. получать информацию, относящуюся к врачебной тайне, с письменного согласия Застрахованного лица (его законного представителя);
- 12.3.11. вычитать из страховой выплаты любые суммы, которые подлежат возврату Страховщику в соответствии с условиями договора страхования;
- 12.3.12. требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате (риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель);
- 12.3.13. не признавать случай страховым и отказать в страховой выплате в случае, если:
- а) Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил обязанности, предусмотренные пп. 12.2.1, 12.2.2, 12.2.5 Правил;
  - б) Страхователь, Застрахованное лицо либо Выгодоприобретатель предоставили ложные или недостоверные сведения, связанные с причиной наступления страхового случая;
  - в) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;
- 12.3.14. в случае увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования – потребовать изменения условий договора страхования, уплаты дополнительной страховой премии или снижения страховой суммы, а если стороны не пришли к согласию – вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, при этом Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали;
- 12.3.15. отказаться от договора страхования по основаниям и в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации, Правилами или договором страхования;
- 12.3.16. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования.
- 12.4. **Страховщик обязан:**
- 12.4.1. ознакомить Страхователя с условиями договора страхования;
- 12.4.2. выдать Страхователю Правила страхования и / или условия страхового продукта, разработанного на основании настоящих Правил, при заключении договора страхования. Правила могут быть вручены Страхователю по усмотрению Страховщика одним из следующих способов:
- в виде изложения в договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;
  - в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;
  - путем информирования Страхователя об адресе размещения Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;
  - путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты;
  - путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т. д.), на котором размещен файл, содержащий текст Правил.
- В случае если Правила были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами. Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к страховщику за получением текста Правил на бумажном носителе.
- 12.4.3. давать разъяснения по вопросам, касающимся договора страхования;
- 12.4.4. соблюдать требование законодательства о защите персональных данных, защищать от распространения информацию о персональных данных Страхователя / Застрахованных лиц / Выгодоприобретателей, переданную Страховщику, а также обрабатывать персональные данные только для целей заключенного договора страхования (за исключением операций по перестрахованию), если иное не предусмотрено договором страхования, и нести ответственность за надлежащее обеспечение сохранности, конфиденциальности и безопасности при обработке персональных данных в соответствии с

- законодательством Российской Федерации;
- 12.4.5. в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе в связи с заключением и исполнением договора страхования;
  - 12.4.6. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, предусмотренный Правилами и договором страхования;
  - 12.4.7. сообщить Застрахованному лицу / Выгодоприобретателю или их законным представителям в письменной форме об отказе в страховой выплате с обоснованием причин;
  - 12.4.8. выдать дубликат договора страхования в случае его утери Страхователем;
  - 12.4.9. вернуть Страхователю уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя от договора в Период охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в порядке, предусмотренном п. 11.3 настоящих Правил;
  - 12.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

### **ГЛАВА 13. ФАКТОРЫ СУЩЕСТВЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА**

- 13.1. Факторами, приводящими к существенному увеличению степени страхового риска, являются:
  - 13.1.1. смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения несчастных случаев и (или) способная привести к появлению профессиональных заболеваний;
  - 13.1.2. призыв или поступление на военную службу;
  - 13.1.3. переезд в другую страну на срок свыше 1 (Одного) года;
  - 13.1.4. начало занятий видами спорта и отдыха из перечня согласно п. 6.1.11 и п. 6.1.12 Правил;
  - 13.1.5. смена пола Застрахованного лица;
  - 13.1.6. инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита), за исключением риска «Смертельно опасное заболевание» (п.4.1.7. Правил), если заражение ВИЧ-инфекцией и/или СПИДом произошло в течение срока страхования в результате профессиональной деятельности Застрахованного или переливания крови.
  - 13.1.7. заболевание Застрахованного лица туберкулезом;
  - 13.1.8. установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай;
  - 13.1.9. постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по поводу алкогольной или наркотической зависимости, психического заболевания;
  - 13.1.10. лишение свободы по приговору суда;
  - 13.1.11. другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая (включая изменение данных о Страхователе (Застрахованном лице), содержащихся в заявлении / анкете на страхование и договоре страхования).

### **ГЛАВА 14. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

- 14.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан:
  - 14.1.1. сообщить о случившемся Страховщику в течение 30 (Тридцати) дней со дня наступления события любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления указанного события может быть исполнена самим Застрахованным лицом по договору страхования или Выгодоприобретателем;
  - 14.1.2. предъявить Страховщику все затребованные им документы, предусмотренные настоящими Правилами.

### **ГЛАВА 15. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 15.1. Размер страховой выплаты / страховых выплат по любому страховому риску не может превышать размер страховой суммы, установленной для данного страхового риска договором страхования. Если при заключении договора страхования страховые суммы установлены для одного Застрахованного лица отдельно по каждому из рисков, страховые выплаты в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным риском, не могут превышать 100 % страховой суммы, установленной для этого риска.
- 15.2. При наступлении страхового случая по риску «Дожитие» (п. 4.1.1 Правил) размер страховой выплаты составляет 100 % страховой суммы, установленной по данному риску в договоре страхования. После выплаты договор страхования прекращает свое действие.
- 15.3. При наступлении страхового случая по риску «Смерть по любой причине» (п. 4.1.2 Правил) размер страховой выплаты составляет 100 % страховой суммы, установленной по данному риску в договоре

страхования. После выплаты договор страхования прекращает свое действие.

- 15.4. При наступлении страхового случая по риску «Смерть в результате несчастного случая» (п. 4.1.3 Правил) размер страховой выплаты составляет 100 % страховой суммы, установленной по данному риску в договоре страхования. После выплаты договор страхования прекращает свое действие.
- 15.5. При наступлении страхового случая по любому из рисков «Инвалидность по любой причине» (п. 4.1.4 Правил), «Инвалидность в результате несчастного случая» (п. 4.1.5 Правил) или «Инвалидность по причине ДТП» (п. 4.1.6 Правил) размер страховой выплаты составляет долю в процентах от страховой суммы, установленной по данному риску в договоре страхования, в зависимости от группы инвалидности:
- при установлении Застрахованному лицу I группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид до достижения возраста 18 лет» — 100 % от страховой суммы;
  - при установлении Застрахованному лицу II группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид сроком на два года» — 75% от страховой суммы;
  - при установлении Застрахованному лицу III группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид сроком на один год» — 50% от страховой суммы.

Договором страхования могут быть установлены другие доли в процентах от страховой суммы. После выплаты страховое покрытие по страховому риску прекращает свое действие.

- 15.6. При наступлении страхового случая по риску «Смертельно опасное заболевание» (п. 4.1.7 Правил) размер страховой выплаты может определяться как 100% страховой суммы по всем и по любому заболеванию, либо в зависимости от стадии отдельных заболеваний. Конкретный размер страховой выплаты определяется в программе страхования или в договоре страхования.
- 15.7. При наступлении страхового случая по риску «Госпитализация в результате несчастного случая» (п. 4.1.8 Правил) размер страховой выплаты устанавливается в договоре страхования в процентном отношении к страховой сумме за каждый день нахождения Застрахованного лица на стационарном лечении, начиная с первого или другого, указанного в договоре страхования (заявлении на страхование, являющемся неотъемлемой частью договора страхования) дня, но в совокупности не более страховой суммы, установленной по данному риску в договоре страхования. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты госпитализации в связи с одним страховым случаем. После выплаты страховое покрытие по страховому риску может продолжать свое действие, но Страховщик вправе произвести переоценку риска и увеличить размер страхового взноса.
- 15.8. При наступлении страхового случая по риску «Телесные повреждения (травмы) в результате несчастного случая» (п. 4.1.9 Правил) размер страховой выплаты определяется в процентах от страховой суммы, установленной по данному риску, в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат при телесных повреждениях (травмах)» (Приложение № 3 к Правилам).
- 15.9. Страховая выплата может быть произведена:
- 15.9.1. Застрахованному лицу;
- 15.9.2. Выгодоприобретателю;
- 15.9.3. Наследникам Застрахованного лица в случае:
- если Застрахованное лицо умерло, не получив причитающуюся страховую выплату;
  - если Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;
  - если Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;
  - если до принятия решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.
- 15.9.4. наследникам Выгодоприобретателя, если после смерти Застрахованного лица последовала смерть Выгодоприобретателя, и он не успел получить причитающуюся ему страховую выплату.

## **ГЛАВА 16. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 16.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение № 9 к Правилам), а также документов, указанных в Главе 17 настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.
- 16.2. Страховщик после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами, принимает решение о признании или непризнании наступившего события страховым случаем. Признание или непризнание наступившего события страховым случаем осуществляется в форме составления и утверждения Страховщиком страхового акта в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения заявления на получение страховой выплаты с приложением всех необходимых документов.
- 16.3. Страховая выплата производится в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового акта. В случае предоставления Страхователем, Выгодоприобретателем или иным лицом, имеющим право на получение страховой выплаты, неверных реквизитов, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается. Страховщик направляет уведомление о приостановке срока выплаты лицу,

- предоставившему неверные реквизиты.
- 16.4. Уведомление о непризнании заявленного события страховым случаем с указанием обоснования направляется Страхователю (Выгодоприобретателю) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня составления страхового Акта.
- 16.5. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по следующим основаниям:
- а) произошедшее событие не является страховым случаем в соответствии с условиями договора страхования;
  - б) событие произошло за пределами срока действия договора страхования;
  - в) по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством, настоящими Правилами или условиями страхования.
- 16.6. При решении вопроса о признании или непризнании наступившего события страховым случаем каждая из сторон вправе потребовать проведения независимой медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза может быть проведена исключительно специалистом или медицинской организацией, имеющей, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, соответствующие лицензию (разрешение) и (или) сертификат соответствия.
- 16.7. Отказ Страховщика в признании наступившего события страховым случаем может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в судебном порядке.
- 16.8. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 16.9. Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на ее получение переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 16.10. Если в какой-либо момент после осуществления страховой выплаты в связи со смертью Застрахованного лица выясняется, что Застрахованное лицо живо, все страховые выплаты должны быть полностью возвращены Страховщику лицом, получившим эти выплаты.
- 16.11. Если Выгодоприобретатель является несовершеннолетним, то получателем страховой выплаты может выступать законный представитель Выгодоприобретателя в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
- 16.12. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения в том случае, если:
- а) по фактам, связанным с наступлением страхового случая, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя или лиц, не являющихся третьими лицами по договору страхования, или начато судебное разбирательство – до момента прекращения уголовного расследования, либо вступления судебного решения в силу;
  - б) в связи с событием, послужившим основанием для требования страховой выплаты, проводится независимая экспертиза с целью установления факта, причин и обстоятельств наступления страхового случая и размера ущерба – до момента представления экспертного заключения;
  - в) сведений, предоставленных Страхователем недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая, характера и величины убытков – до момента предоставления соответствующих сведений.
- Решение об отсрочке страховой выплаты может быть принято Страховщиком в сроки, указанные в п. 16.2. настоящих Правил. В случае принятия решения об отсрочке страховой выплаты Страховщик должен направить письменное уведомление Страхователю/Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю, либо их законным представителям в течение 10 (десять) рабочих дней со дня принятия такого решения.
- 16.13. Договором страхования/программой страхования может быть предусмотрено условие **«Отсроченная выплата»**, это означает, что страховая выплата по указанному страховому риску производится по окончании срока действия договора страхования, указанного в договоре страхования (страховом полисе) как дата окончания срока страхования.

## ГЛАВА 17. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 17.1. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая по риску **«Дожитие»** Страхователь должен предоставить Страховщику перечисленные ниже документы:
- а) заявление на получение страховой выплаты, установленной Страховщиком формы (Приложение № 9 к Правилам).
  - б) страховой полис / договор страхования со всеми приложениями к нему и документами, подтверждающими оплату страховых взносов (для Страхователей - физических лиц);
  - в) документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;
  - г) реквизиты банковского счета получателя страховой выплаты (в банке – резиденте РФ).



- 17.2. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая «**Смерть по любой причине**» (п. 4.1.2 Правил) или «**Смерть в результате несчастного случая**» (п. 4.1.3 Правил) дополнительно к перечню документов согласно п. 17.1 Выгодоприобретатель должен предоставить Страховщику перечисленные ниже документы:
- а) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
  - б) медицинское свидетельство о смерти;
  - в) посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);
  - г) акт / протокол патологоанатомического вскрытия / исследования и патолого-химического исследования или акты судебно-медицинского вскрытия / исследования и судебно-химического исследования или заключение эксперта (судебно-медицинского) (если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось);
  - д) свидетельство о праве на наследство (если договором страхования не определен Выгодоприобретатель) с указанным в нём правом на получение страховой выплаты;
  - е) документ, выданный соответствующей инстанцией, включающий информацию об исследовании биологических сред Застрахованного лица на предмет наличия алкоголя и/или иных веществ, в том числе обладающих наркотическим эффектом;
  - ж) результаты диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенологические исследования, включая рентгенограммы, гистологические исследования и другие проведенные исследования);
  - з) медицинская карта стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место стационарное лечение / нахождение в реанимации);
  - и) переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного лица из одного стационара в другой);
  - к) медицинские карты из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках ДМС, в которые Застрахованный обращался на протяжении 10 (Десяти) лет до заключения договора страхования;
  - л) данные об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью из Фонда обязательного медицинского страхования / страховой компании по ОМС, и в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования - из страховой компании по ДМС;
  - м) выписки из медицинских карт амбулаторного больного онкологического / наркологического / противотуберкулезного / психоневрологического диспансеров с информацией о диагнозе и дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении;
  - н) копия трудовой книжки Застрахованного лица.
- 17.2.1. В случае наступления смерти Застрахованного лица вне медицинского учреждения и / или в результате противоправных действий третьих лиц дополнительно необходимо предоставить:
- а) постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
  - б) решение суда, если уголовное дело было возбуждено (за исключением случаев приостановления или прекращения возбужденного уголовного дела).
- 17.2.2. В случае наступления смерти Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены:
- а) справка о дорожно-транспортном происшествии и приложение к справке о дорожно-транспортном происшествии, заполняемое при наличии пострадавших;
  - б) водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события;
  - в) паспорт транспортного средства;
  - г) акт (протокол) медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события.
- 17.3. В случае если Застрахованное лицо пропало без вести Страховщику должно быть предоставлено решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного лица умершим.
- 17.4. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая, приведшего Застрахованного к **инвалидности** (п. 4.1.4 – 4.1.6 Правил) дополнительно к перечню документов согласно пп. 17.1 а)-г), 17.2 е)-м) Страховщику должны быть предоставлены перечисленные ниже документы:
- а) листки нетрудоспособности, выданные лечебными учреждениями, где проводилось лечение по поводу заявленного события, в случае если листки нетрудоспособности не оформлялись – объяснительная с указанием причин их отсутствия;
  - б) медицинский документ о первичном обращении по поводу заявленного события с информацией о дате обращения, дате наступления события, диагнозе, проведенном обследовании и лечении;
  - в) справка установленного образца об установлении группы инвалидности (в случае повторного



- установления инвалидности – справки, выданные при предыдущих освидетельствованиях);
- г) акт медико-социальной экспертизы гражданина (освидетельствование в бюро МСЭ) (в случае повторного установления инвалидности – акты, оформленные при предшествующих освидетельствованиях в бюро МСЭ);
  - д) направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь с обратным талоном (форма №088/у-06) (в случае повторного установления инвалидности – направления с обратными талонами, выданные при предыдущих освидетельствованиях в бюро МСЭ);
  - е) протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы (в случае повторного установления инвалидности – протоколы, оформленные при предыдущих освидетельствованиях в бюро МСЭ);
  - ж) индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
  - з) копия трудовой книжки Застрахованного лица.
- 17.4.1. В случае получения Застрахованным лицом инвалидности в результате противоправных действий третьих лиц дополнительно необходимо предоставить:
- а) постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
  - б) решение суда, если уголовное дело было возбуждено (за исключением случаев приостановления или прекращения возбужденного уголовного дела).
- 17.4.2. В случае получения Застрахованным лицом инвалидности в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены:
- а) справка о дорожно-транспортном происшествии и приложение к справке о дорожно-транспортном происшествии, заполняемое при наличии пострадавших;
  - б) водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события;
  - в) паспорт транспортного средства;
  - г) акт (протокол) медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления страхового события.
- 17.5. Если имел место несчастный случай на производстве, дополнительно необходимо предоставить акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.
- 17.6. При наступлении страхового случая по страховому риску **«Смертельно опасное заболевание»** (п. 4.1.7 Правил), к перечню документов согласно п. 17.1 Правил должны быть дополнительно предоставлены следующие документы:
- а) медицинские документы, содержащие полный диагноз, сведения о времени начала заболевания и дате установления диагноза, связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза;
  - б) копия медицинской карты амбулаторного больного или выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, содержащая информацию об обращениях за медицинской помощью Застрахованного до заключения договора страхования;
  - в) выписка из медицинской карты стационарного и амбулаторного больного, из лечебного учреждения, подтверждающая один из диагнозов, установленный лечащим врачом.
  - г) при необходимости хирургического вмешательства из числа Перечня смертельно опасных заболеваний и хирургических вмешательств - медицинские документы, указывающие на факт получения травмы, случайного острого отравления или инфицирования в период действия Договора страхования, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия;
  - д) медицинские документы, подтверждающие причинную связь развившегося у Застрахованного лица заболевания с его профессиональной деятельностью;
  - е) акт о несчастном случае на производстве по форме, предусмотренной законодательством (в случаях, когда должна быть установлена связь заявленного случая с исполнением Застрахованным лицом служебных обязанностей).
- Если Застрахованное лицо умерло от смертельно опасного заболевания, предусмотренного программой страхования, не получив причитающуюся страховую выплату, Выгодоприобретателями/наследниками Застрахованного лица должен быть предоставлен акт судебно-медицинского исследования трупа. Страховая выплата производится на основании диагноза, установленного патологоанатомом/судебно-медицинским экспертом.
- 17.7. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая по риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** (п. 4.1.8 Правил) дополнительно к перечню документов согласно п. 17.1 Правил Страховщику должны быть предоставлены перечисленные ниже документы:
- а) копия листка/листочков нетрудоспособности, заверенная подписью ответственного лица и печатью работодателя/справки об освобождении от учёбы (учетная форма 095/у) из лечебного учреждения, где

- проводилось лечение; в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
- б) медицинский документ о первичном обращении по поводу заявленного события с информацией о дате обращения, дате наступления события, диагнозе, проведенном обследовании и лечении;
  - в) медицинская карта амбулаторного больного с информацией о дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
  - г) медицинская карта стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения;
  - д) выписной эпикриз из медицинской организации, в которой было проведено стационарное лечение в связи с несчастным случаем;
  - е) результаты диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, электроэнцефалограммы, рентгенологические исследования, включая рентгенограммы, гистологические исследования и другие проведенные исследования);
- 17.8. При наступлении страхового случая **«Телесные повреждения (травмы) в результате несчастного случая»** (п. 4.1.9 Правил) Страховщику должны быть предоставлены документы согласно п. 17.1.1 а)-г), 17.2 е) - н) Правил, а также:
- а) листки нетрудоспособности, выданные лечебными учреждениями, где проводилось лечение по поводу заявленного события, в случае если листок нетрудоспособности не оформлялся – объяснительная с указанием причин его отсутствия;
  - б) медицинский документ о первичном обращении по поводу заявленного события с информацией о дате обращения, дате наступления события, диагнозе, проведенном обследовании и лечении.
- 17.9. Если получателем страховой выплаты является законный представитель Застрахованного лица, то Страховщику должны быть дополнительно предоставлены следующие документы:
- а) документ, удостоверяющий личность законного представителя;
  - б) акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя (в случае если законным представителем является опекун/ попечитель Застрахованного лица);
  - в) свидетельство о рождении Застрахованного лица (в случае если Застрахованное лицо является несовершеннолетним);
  - г) нотариально оформленная доверенность на получение страховой выплаты (если право на получение страховой выплаты было передоверено).
- 17.10. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически предоставленных документов для признания произошедшего события страховым случаем и определения размера выплаты, поэтому оставляет за собой право сократить перечень документов, приведенный в пп. 17.1 - 17.4 Правил.
- 17.11. Документы для решения вопроса о страховой выплате должны быть предоставлены в виде оригиналов или копий, заверенных подписью уполномоченного на то лица и печатью выдавшего учреждения.
- 17.12. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке или иметь апостилированный или легализованный консульством перевод. В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, предоставлению Страховщику подлежит нотариальный перевод документа.
- 17.13. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, вследствие плохого качества изображения или нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе потребовать предоставления документов надлежащего качества.

## **ГЛАВА 18. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 18.1. Споры, вытекающие из договора страхования, заключенного на условиях Правил, разрешаются с соблюдением досудебного претензионного порядка.
- 18.2. До обращения в судебные органы Сторона, чье право было нарушено, обязана направить в адрес другой Стороны письменную претензию с требованием об устранении нарушения.
- 18.3. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен только после получения ответа на претензию или отсутствия ответа в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента ее вручения другой Стороне.
- 18.4. При недостижении взаимного согласия по урегулированию претензии споры по Договору страхования между сторонами разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 18.5. Предъявление требования к Страховщику об осуществлении страховой выплаты правомочно только в течение установленного законодательством срока исковой давности.

## ГЛАВА 19. ПОШЛИНЫ, НАЛОГИ И СБОРЫ

- 19.1. Налоги, относящиеся к оплате взносов, а также в отношении страховых выплат, выкупных сумм, возврата страховых взносов, оплачиваются в полном соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 19.1.1. Порядок расчета налога, который будет удержан при страховой выплате по риску «Дожитие»:
- а) со страховой выплаты по риску «Дожитие» подлежит удержанию сумма налога на доход, по действующей налоговой ставке, за исключением случаев, предусмотренных подпунктом б) п. 19.1.1 настоящих Правил.
  - б) в случае если все страховые взносы уплачиваются Страхователем и/или его членами семьи и/или близкими родственниками в соответствии с Семейным кодексом Российской Федерации (супругами, родителями и детьми, в том числе усыновителями и усыновленными, дедушкой, бабушкой и внуками, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами)) и если суммы страховых выплат не превышают сумм внесенных им страховых взносов, увеличенных на сумму, рассчитанную путем последовательного суммирования произведений сумм страховых взносов, внесенных со дня заключения договора страхования ко дню окончания каждого года действия такого договора добровольного страхования жизни (включительно), и действовавшей в соответствующий год среднегодовой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации. В противном случае разница между указанными суммами учитывается при определении налоговой базы и подлежит налогообложению у источника выплаты.
- 19.1.2. Порядок расчета налога, который будет удержан при выплате выкупной суммы:
- а) в случаях возврата Страхователю выкупной суммы, полученный доход за вычетом сумм, внесенных налогоплательщиком страховых взносов, учитывается при определении налоговой базы и подлежит налогообложению, в соответствии с действующим налоговым законодательством, у источника выплаты.
  - б) в случае расторжения Договора страхования (за исключением случаев по причинам, не зависящим от воли сторон) при определении налоговой базы учитываются уплаченные Страхователем по этому договору суммы страховых взносов, в отношении которых ему был предоставлен социальный налоговый вычет, предусмотренный подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации.
  - в) при выплате выкупной суммы Страховщик удерживает сумму налога, исчисленную с суммы дохода, равной сумме страховых взносов, уплаченных Страхователем по этому договору, за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации в размере, предусмотренном действующей налоговой ставкой.
  - г) в случае, если Страхователь предоставит справку, выданную налоговым органом по месту жительства Страхователя, подтверждающую неполучение Страхователем социального налогового вычета либо подтверждающую факт получения Страхователем суммы предоставленного социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации, Страховщик соответственно не удерживает сумму налога, либо исчисляет сумму налога, подлежащую удержанию.
- 19.1.3. В случае внесения изменений в статью 213 Налогового кодекса Российской Федерации, Страховщик производит расчет налога в соответствии с действующей редакцией вышеуказанной статьи на момент выплаты.
- 19.2. Страховщик не несет ответственности за любые убытки или неблагоприятные последствия, связанные с изменением режима налогообложения взносов и/или выплат по договору страхования вследствие изменений законодательства Российской Федерации.

## РАЗДЕЛ II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

### ГЛАВА 20. ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ИНДЕКСАЦИИ

- 20.1. **Общие положения:**
- 20.1.1. Правилами предусмотрена возможность индексации страхового взноса и страховых сумм по договору страхования, оплачиваемому в рассрочку.
  - 20.1.2. В целях защиты от инфляции Страховщик вправе ежегодно предлагать Страхователю индексировать страховые суммы по рискам, включенным в договор страхования, и страховой взнос.
  - 20.1.3. Изменения страховых сумм и взносов оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования.
  - 20.1.4. Размер индексации страховых взносов устанавливается Страховщиком не позднее 30 ноября каждого года в зависимости от уровня инфляции и применяется к подлежащим индексированию договорам страхования в течение последующего календарного года.
  - 20.1.5. Индексация проводится в годовщину договора страхования (полисную годовщину).

- 20.1.6. Страховщик оставляет за собой право прекратить индексацию договора страхования.
- 20.1.7. На всё, что специально не установлено условиями настоящего Положения и/или договора страхования, распространяется действие Базовых Условий Страхования.
- 20.2. **Определение увеличенного размера страховой суммы и увеличенного страхового взноса**
- 20.2.1. При первой индексации увеличенные страховые суммы по рискам, включенным в договор страхования (кроме риска «Дожитие») будут определены применением Индекса к страховым суммам, изначально установленным по данным рискам в договоре страхования. В последующие полисные годовщины, увеличенные страховые суммы будут определяться посредством применения Индекса к предыдущим увеличенным размерам соответствующих страховых сумм.
- 20.2.2. Если страховой случай с Застрахованным лицом произойдет в течение льготного периода, предшествующего принятию предложенной индексации, Страховщик выплатит увеличенную страховую сумму, предложенную на дату последней полисной годовщины. Из страховой выплаты Страховщик удержит не уплаченный Страхователем очередной индексированный взнос.
- 20.2.3. При первой индексации увеличенный взнос будет определен применением Индекса к общему страховому взносу по договору страхования. В последующие полисные годовщины увеличенный взнос будет определяться посредством применения Индекса к предыдущему увеличенному взносу.
- 20.2.4. Если Основной программой по договору страхования является риск «Дожитие» и другие риски отсутствуют, то индексация будет применяться только ко взносам. Положения, относящиеся к индексации страховой суммы, в этом случае не применимы.
- 20.3. **Право на отказ от индексации**
- 20.3.1. Оплата увеличенного страхового взноса необходима для каждого дальнейшего увеличения страховых сумм.
- 20.3.2. Страхователь вправе отказаться от индексации и уплатить такой же взнос, что и в предыдущем полисном году.
- 20.3.3. В случае отказа от индексации в две последовательные полисные годовщины, Страховщик имеет право отменить дальнейшую индексацию данного договора страхования и не предлагать ее Страхователю в следующую полисную годовщину, при этом Страхователь уплачивает очередные страховые взносы в том размере, в каком они были зафиксированы при оплате последнего страхового взноса.
- 20.3.4. Право на индексацию может быть восстановлено с согласия Страховщика и при условии проведения дополнительного андеррайтинга (оценки рисков) в соответствии с пп. 10.5.2 - 10.5.4 Правил.
- 20.4. **Прекращение дальнейшей индексации в связи с освобождением от уплаты взносов**
- 20.4.1. Индексация прекращается в случае наступления страхового события по программе «Освобождение от уплаты страховых взносов».
- 20.4.2. Увеличенная страховая сумма и увеличенный взнос фиксируются на уровне, установленном до даты страхового события по вышеуказанным программам.
- 20.4.3. Увеличенная страховая сумма, а также увеличенный взнос, установленные после вышеуказанного страхового события, не увеличивают ответственность Страховщика. В случае уплаты страхового взноса после наступления страхового события, последний будет возвращен плательщику.
- 20.5. **Специальный инвестиционный счет**
- 20.5.1. Специальный Инвестиционный Счет (далее – Счет) формируется следующим образом:
- Определяется превышение дополнительных взносов над стоимостью увеличения страховой суммы в соответствии с тарифными ставками по договору страхования. При этом увеличение страховой суммы равно разности между увеличенной страховой суммой и изначально установленной страховой суммой.
  - В первые 60 (Шестьдесят) месяцев с начала действия индексации, Специальный инвестиционный счет увеличивается на 90% определенного выше превышения, а в дальнейшем – на 100%.
- 20.5.2. Страховщик может на собственное усмотрение управлять Специальным Инвестиционным Счётом, придерживаясь стратегии, которую он считает правильной, в соответствии с требованиями, предусмотренными законодательством РФ.
- 20.5.3. Средства Специального инвестиционного счета не могут быть использованы для продления действия договора страхования и оплаты взносов по договору страхования, для расчета уменьшенных страховых сумм при преобразовании договора страхования в Оплаченный полис. Кроме того, средства Счета не используются для выдачи займов.
- 20.6. **Выплата величины Специального Инвестиционного Счета**
- 20.6.1. Страховая выплата по риску «Дожитие» производится в размере страховой суммы, увеличенной на величину Специального инвестиционного счета.
- 20.6.2. В случае досрочного расторжения договора страхования, Страхователю выплачивается выкупная сумма, предусмотренная условиями договора страхования, увеличенная на следующий процент от величины Специального инвестиционного счета:

Срок, прошедший с начала действия индексации (месяцев)	Доля, %
0-24	0
25-36	95



37-48	96
49-60	97
61 и более	100

## 20.7. Прекращение дальнейшей индексации

### 20.7.1. Индексация прекращается:

- а) по окончании договора страхования;
- б) при досрочном расторжении договора страхования;
- в) при преобразовании договора страхования в Оплаченный полис;
- г) в случае смерти Застрахованного Лица;
- д) при наступлении страхового случая по программе «Освобождение от уплаты страховых взносов»;
- е) в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

## ГЛАВА 21. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ».

### 21.1. Общие положения.

21.1.1. Программа «Освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов» (в договоре страхования может именоваться кратко «**Освобождение от уплаты взносов**») является частью договора страхования (полиса), если это определено договором страхования.

21.1.2. Настоящая программа может быть включена только в договор страхования, по которому страховые взносы оплачиваются в рассрочку.

21.1.3. В рамках настоящей программы дополнительным застрахованным лицом является Страхователь.

21.1.4. Если иное не предусмотрено условиями страхового продукта/программы и/или договора страхования, Застрахованными лицами по программе «Освобождение от уплаты взносов» могут являться лица от 18 (Восемнадцати) лет на дату начала действия данной программы и не старше 70 (Семидесяти) лет на дату окончания её действия.

21.1.5. Не подлежат страхованию в рамках настоящей программы лица, перечисленные в п. 6.3. Правил, а также инвалиды II и III группы.

21.1.6. Настоящая дополнительная программа действует только в течение периода оплаты взносов, только в отношении взносов по Основной программе договора страхования в отношении Застрахованного лица, согласно определения в п. 4.4 Правил.

21.1.7. Объектом страхования в рамках настоящей программы являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Страхователя в результате несчастного случая или болезни.

21.1.8. Страховыми рисками по договору страхования в соответствии с настоящей программой являются:

а) риск «**Смерть Страхователя в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия договора страхования**» — смерть Страхователя, наступившая в результате несчастного случая или болезни (заболевания), впервые диагностированной у Страхователя после вступления договора в силу и в течение срока страхования (далее по тексту, а также в договоре страхования данный риск может именоваться кратко - «Смерть Страхователя в результате НС или болезни»);

б) риск «**Инвалидность, установленная Страхователю в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия договора страхования**», предусматривающий выплату при установлении Страхователю I или II группы инвалидности (далее по тексту, а также в договоре страхования данный риск может именоваться кратко - «Установленная Страхователю инвалидность I или II группы»).

В течение первых 3 (трех) лет с начала срока действия программы «Освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов» страховым случаем будут являться смерть Страхователя в результате несчастного случая или болезни (заболевания) или инвалидность Страхователя только в результате несчастного случая. После оплаты первого взноса за 4-ый год страхования, страховым случаем будут являться смерть Страхователя в результате несчастного случая или болезней, либо инвалидность Страхователя в результате несчастного случая или болезней.

21.1.9. Страховым событием будет признаваться только смерть или инвалидность Страхователя, которая была установлена вследствие несчастного случая, произошедшего после начала действия настоящей программы, или болезни, диагностированной впервые после начала действия настоящей программы, если Страховщику не было письменно сообщено о наличии у Застрахованного лица данной болезни в заявлении при приеме на страхование.

21.1.10. Страховой суммой по договору страхования является сумма очередного взноса по Основной программе договора страхования в отношении Застрахованного лица, согласно определения в п. 4.4 Правил. При этом страховая сумма по данной программе является возобновляемой, т.е. при выплате 100% страховой суммы действие программы не прекращается.

21.1.11. Страховые суммы по рискам, включенным в Основную программу договора страхования, не уменьшаются



- в случае освобождения от уплаты страховых взносов согласно настоящей дополнительной программе страхования. Выкупные суммы остаются теми же, что и в случае уплаты взносов Страхователем.
- 21.1.12. Страховые выплаты в размере страховой суммы производятся с той же периодичностью, с которой должны оплачиваться очередные взносы по Основной программе страхования в отношении Застрахованного лица, согласно определения в п. 4.4 Правил, в соответствии с условиями договора. Выплаты производятся только при условии периодического документального подтверждения инвалидности Страхователя в соответствии с условиями программы (см. п. 21.4.4 Правил). При отсутствии в срок, установленный п. 21.4.4 Правил, документального подтверждения инвалидности Страхователя у Страховщика не возникает обязательства по осуществлению страховой выплаты.
- 21.1.13. Страховая выплата производится безналичным способом в виде зачета суммы, подлежащей выплате по страховому случаю, в счет оплаты очередного взноса по Основной программе договора страхования в отношении Застрахованного лица, согласно определения в п. 4.4 Правил и в соответствии с графиком оплаты страховых взносов, установленным по договору. Если страховой случай наступил в течение предусмотренного Правилами льготного периода для уплаты взноса и страховой взнос не был оплачен Страхователем, то Страховщик имеет право вычесть сумму неоплаченного взноса из страховой выплаты.
- 21.1.14. Действие других дополнительных программ (если они были включены в договор страхования) прекращается без дополнительного волеизъявления сторон с даты осуществления первого взаимозачета сумм согласно п. 21.1.13. Правил.
- 21.1.15. После заявления о страховом событии по программе «Освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов» договор не может быть изменен в части увеличения или уменьшения страховых сумм, изменения периодичности оплаты взносов, включения или исключения дополнительных программ.
- 21.2. **Исключения.**
- 21.2.1. Исключения из страхового покрытия перечислены в Главе 6 Правил.
- 21.3. **Прекращение действия программы:**
- 21.3.1. Действие настоящей программы прекращается:
- а) по окончании срока действия договора страхования (полиса);
  - б) при досрочном прекращении договора страхования;
  - в) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования.
- 21.3.2. Программа «Освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов» действует не более:
- а) окончания срока действия договора страхования (полиса) или прекращения действия дополнительной программы страхования;
  - б) годовщины вступления договора страхования (полиса) в силу, непосредственно следующей за датой достижения Страхователем 65 – летнего возраста.
- По истечении срока действия программы никакие страховые взносы по ней не подлежат оплате. Оплата каких-либо взносов по программе «Освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов» по истечении срока её действия не накладывает на Страховщика никаких обязательств по осуществлению страховой выплаты. При этом излишне уплаченные взносы подлежат возврату Страхователю.
- 21.4. **Порядок осуществления страховой выплаты по риску «Инвалидность, установленная Страхователю в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования»:**
- 21.4.1. Для осуществления страховой выплаты по риску «Инвалидность, установленная Страхователю в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования» Страхователь обязан в течение 30 (Тридцати) дней с момента установления инвалидности уведомить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт получения уведомления Страховщиком, об установлении инвалидности с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, перечисленных в п. 21.6 Правил.
- 21.4.2. Подтверждающие документы, предъявляемые Страховщику при наступлении страхового события по настоящей программе, перечисленные в п. 21.6 Правил, должны быть предоставлены Страховщику, как при жизни Страхователя, так и в период инвалидности Страхователя.
- 21.4.3. Неисполнение Страхователем требования п. 21.4.2 Правил дает Страховщику право отказать Страхователю в страховой выплате по данной программе, если только не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал об этом либо, что несвоевременное уведомление не повлияло на обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 21.4.4. В период осуществления Страховщиком выплат по страховому случаю в связи с установлением Страхователю инвалидности Страхователь обязан периодически, в сроки, установленные договором для оплаты очередных платежей по договору страхования, предоставлять Страховщику документальные подтверждения установленной инвалидности. Однако, Страховщик не вправе требовать предъявления документального подтверждения чаще, чем 1 (Один) раз в год.
- 21.5. **Порядок осуществления страховой выплаты по риску «Смерть Страхователя в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования»:**

- 21.5.1. Страховая выплата по риску «Смерть Страхователя в результате несчастного случая или болезни, впервые возникшей в период действия Договора страхования» осуществляется в соответствии с Порядком, описанным в Главе 16 настоящих Правил.
- 21.6. **Документы, предъявляемые при наступлении страхового события:**
- 21.6.1. При установлении Страхователю инвалидности Страховщику должны быть предоставлены документы согласно пп. 17.1 а)-г) и п. 17.4 Правил.
- 21.6.2. Если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены документы согласно 17.4.1 Правил. Если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены документы согласно пп. 17.4.2 Правил.
- 21.6.3. В случае смерти Страхователя Страховщику должны быть предоставлены документы согласно пп. 17.1 а)-г) и п. 17.2 Правил.
- 21.6.4. На всё, что специально не установлено условиями настоящей программы и/или договора страхования, распространяется действие Базовых правил страхования.

## **ГЛАВА 22. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ»**

- 22.1. **Общие положения.**
- 22.1.1. Программа «Страхование от несчастных случаев» является частью договора страхования (полиса), если это определено договором страхования.
- 22.1.2. Объектом страхования в рамках настоящей программы являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая.
- 22.1.3. В рамках настоящей программы несчастным случаем будут признаваться события, согласно определения в п. 1 настоящих Правил.
- 22.1.4. Настоящая программа включает в себя следующие страховые риски:
- а) смерть Застрахованного лица в результате террористического акта или аварии на автомобильном, железнодорожном, авиационном или водном транспорте, которая наступила в течение 1 (Одного) года с даты несчастного случая (далее по тексту, а также в договоре данный риск может именоваться кратко **«Смерть в результате теракта или аварии на авто- ж/д, авиа- или водном транспорте»**);
- Террористический акт** – совершение взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях воздействия на принятие решения органами власти или международными организациями, а также угроза совершения указанных действий в тех же целях.
- Автомобильная авария (дорожно-транспортное происшествие)** – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб. Под дорогой понимается обустроенная или приспособленная и используемая для движения транспортных средств полоса земли либо поверхность искусственного сооружения; дорога включает в себя одну или несколько проезжих частей, а также трамвайные пути, тротуары, обочины и разделительные полосы при их наличии.
- Авария на железнодорожном транспорте (железнодорожная авария)** - катастрофа или авария на железной дороге, приведшая к гибели или ранению пассажиров и/или членов экипажа, а также лиц, оказавшихся на месте аварии или катастрофы.
- Авария на авиационном транспорте (авиакатастрофа)** - катастрофа или авария невоенного воздушного судна, допущенного к эксплуатации в соответствии с установленными правилами перевозки пассажиров, совершавшего регулярный или чартерный авиарейс, выполняемый организацией (авиакомпанией), обладающей соответствующей лицензией, приведшая к гибели или ранению пассажиров и/или членов экипажа, а также лиц, оказавшихся на месте катастрофы или аварии, исключая рейсы занесенных в международные списки небезопасных для жизни авиакомпаний.
- Авария на водном транспорте** – катастрофа или авария на пассажирском транспортном судне, допущенном к эксплуатации в соответствии с установленными правилами перевозки пассажиров, совершавшем регулярный рейс, выполняемый судоходной компанией, обладающей соответствующей лицензией, приведшая к гибели или ранению пассажиров и/или членов экипажа, а также лиц, оказавшихся на месте катастрофы или аварии, исключая рейсы в опасные для судоходства зоны (включенные в международные списки зоны, где существует угроза военных действий, пиратства, терроризма и другие опасности).
- б) инвалидность в результате несчастного случая, которая была установлена Застрахованному лицу в течение 1 (Одного) года с даты несчастного случая (далее по тексту, а также в договоре страхования

- данный риск может именоваться кратко - «**Инвалидность в результате НС**»);
- в) телесные повреждения (травмы) в результате несчастного случая, полученные Застрахованным лицом в период действия договора страхования (далее по тексту, а также в договоре данный риск может именоваться кратко - «**Травмы в результате НС**»).
- 22.2. Исключения из страхового покрытия перечислены в главе 6 Правил.
- 22.3. Страховая сумма - сумма, установленная Страховщиком по соглашению со Страхователем и указанная в договоре страхования.
- 22.4. **Действие настоящей программы страхования прекращается в случаях:**
- а) по инициативе Страхователя в любую годовщину договора страхования;
- б) по окончании срока действия договора;
- в) при осуществлении выплаты по страховому случаю «Инвалидность в результате НС» в полном объеме, предусмотренном договором страхования, – только в отношении данного риска. При осуществлении выплаты по данному страховому случаю, страхование по данному страховому риску прекращается с момента выплаты без дополнительного волеизъявления Сторон и дальнейшее включение данного риска в программу невозможно.
- г) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования.
- 22.5. **Размер страховых выплат.**
- 22.5.1. При наступлении страхового случая «Смерть в результате теракта или аварии на авто-, ж/д, авиа- или водном транспорте» (п. 22.1.4 а) Правил), размер страховой выплаты составляет 100% страховой суммы, установленной по данному риску.
- 22.5.2. При наступлении страхового случая «Инвалидность в результате НС» (п. 22.1.4 б) Правил), страховая выплата производится при установлении Застрахованному лицу инвалидности в следующем размере:
- а) при установлении Застрахованному лицу I группы инвалидности— 100% от страховой суммы по данному риску;
- б) при установлении Застрахованному лицу II группы инвалидности — 80% от страховой суммы по данному риску;
- в) при установлении Застрахованному лицу III группы инвалидности — 50% от страховой суммы по данному риску.
- Если последствия несчастного случая, предусмотренного договором страхования, привели к тому, что в течение срока действия Основной программы группа инвалидности изменилась в сторону увеличения ее степени, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере разницы между суммой, подлежащей выплате при более высокой степени инвалидности и суммой, выплаченной Застрахованному лицу по установленной ранее более низкой степени инвалидности.
- При осуществлении выплаты по страховому случаю «Инвалидность в результате НС» в полном объеме, предусмотренном договором страхования, страхование по данному страховому риску прекращается с момента выплаты без дополнительного волеизъявления Сторон.
- 22.5.3. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая по риску «Телесные повреждения (травмы) в результате НС» (п. 22.1.4 в) Правил) определяется в процентах от страховой суммы, установленной по данному риску, в соответствии с «Таблицей размеров страховых выплат при телесных повреждениях (травмах)» (Приложение № 3 к Правилам).
- 22.5.4. Страховая выплата по каждому из рисков производится одновременно, при этом размер страховых выплат в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску.
- 22.6. Документы, предоставляемые при наступлении страхового случая:
- 22.6.1. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая «Смерть в результате теракта или аварии на авто-, ж/д, авиа- или водном транспорте» Страховщику должны быть предоставлены документы, указанные в п. 17.1.1 а)-г) и п. 17.2 Правил.
- 22.6.2. При наступлении страхового случая «Телесные повреждения (травмы) в результате НС» Страховщику должны быть предоставлены документы согласно п. 17.1.1 а)-г) и п. 17.8 Правил.
- 22.6.3. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая «Инвалидность в результате НС» Страховщику должны быть предоставлены документы согласно п. 17.1.1 а)-г) и п. 17.4 Правил.
- 22.6.4. Если имел место несчастный случай на производстве, дополнительно необходимо предоставить акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1.
- 22.6.5. Если событие наступило в результате противоправных действий третьих лиц, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены документы согласно 17.4.1 Правил. Если событие наступило в результате дорожно-транспортного происшествия, дополнительно Страховщику должны быть предоставлены документы согласно п. 17.4.2 Правил.
- 22.6.6. Если получателем страховой выплаты является законный представитель Застрахованного лица, то Страховщику должны быть дополнительно предоставлены документы согласно п. 17.9 Правил.
- 22.7. На всё, что специально не установлено условиями настоящей программы и/или договора страхования,

распространяется действие Правил.

## ГЛАВА 23. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ»

### 23.1. Общие положения.

23.1.1. Программа «Медицинское страхование» является частью договора страхования (полиса), если это определено договором страхования.

23.1.2. В настоящей Программе используются следующие термины и определения. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

**Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, санаторно-курортное лечение, направленных на удовлетворение потребностей застрахованных лиц в поддержании и восстановлении здоровья.

**Лекарственное обеспечение** предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

**Лекарственные средства** - вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств (фармацевтические субстанции).

**Обеспечение изделиями медицинского назначения** предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

**Иные услуги** - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи включенных в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

**Аптечное учреждение** - организация, осуществляющая розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями Федерального закона № 86-ФЗ «О лекарственных средствах». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

23.1.3. Объектом страхования, осуществляемого в соответствии с настоящей Программой, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

23.2. Договор страхования на условиях настоящей Программы заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.

23.3. **Страховым случаем** является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных настоящей Программой и связанных с оплатой медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.

Перечень и объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется настоящей Программой следующий:

- а) обеспечение лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения;
- б) санаторно-курортное лечение.

23.4. **Исключения** из страхового покрытия перечислены в главе 6 Правил.

23.5. **Страховая сумма** устанавливается в договоре страхования по соглашению сторон для застрахованного



лица, исходя из объема медицинской помощи, предусмотренной п. 23.3. Программы.

23.6. **Права и обязанности Сторон:**

23.6.1. Страховщик обязан:

- а) оплатить получение застрахованным лицом медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;
- б) осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;

23.6.2. Застрахованное лицо вправе требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (право требования выплаты в свою пользу принадлежит Выгодоприобретателю, если данное лицо предусмотрено договором страхования);

23.6.3. Застрахованное лицо обязано:

- а) соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- б) не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

23.6.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

23.7. **Действие настоящей программы страхования прекращается в случаях:**

- д) по инициативе Страхователя в любую годовщину договора страхования;
- е) по окончании действия договора страхования;
- ж) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования.

23.8. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по договору страхования.

23.8.1. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Страховая выплата производится застрахованному лицу независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

23.8.2. Страховая выплата по договору страхования, заключенному на условиях настоящей Программы осуществляется Страховщиком в виде возмещения застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи застрахованному лицу и произведенные застрахованным лицом расходы. При этом возможность такой выплаты и условия ее получения определяются настоящей Программой страхования.

23.8.3. Для принятия решения о выплате страхового возмещения Застрахованное лицо обязано в течение 30 дней с даты годовщины действия договора предоставить Страховщику следующие документы:

- а) письменное заявление на получение страхового возмещения;
- б) документы, подтверждающие назначение лечащим врачом медицинского учреждения лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения (заключение врача с рекомендацией лечения, выписка из амбулаторной карты/выпиской эпикриза из стационара);
- в) документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному: оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказания услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

23.8.4. Страховщик после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами, принимает решение о признании или непризнании наступившего события страховым случаем. Признание или непризнание наступившего события страховым случаем осуществляется в форме составления и утверждения Страховщиком страхового акта в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения заявления на получение страховой выплаты с приложением всех необходимых документов.

23.8.5. Страховая выплата производится в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового акта. В случае предоставления Страхователем, Выгодоприобретателем или иным лицом, имеющим право на получение страховой выплаты, неверных реквизитов, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается. Страховщик направляет уведомление о приостановке срока выплаты лицу, предоставившему неверные реквизиты.

23.8.6. Уведомление о непризнании заявленного события страховым случаем с указанием обоснования направляется Страхователю (Выгодоприобретателю) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня составления страхового акта.

23.8.7. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

- 23.8.8. Страховое возмещение выплачивается через кассу Страховщика, либо перечисляется на счет застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении.
- 23.8.9. Страховая выплата производится одновременно, при этом размер страховых выплат в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным страховым риском, независимо от их количества, не может превышать 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску в договоре страхования.
- 23.9. На всё, что специально не установлено условиями настоящей Программы и/или договора страхования, распространяется действие Правил.

## ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВЫКУПНОЙ СУММЫ

- Выкупная сумма** – это сумма, подлежащая выплате при досрочном прекращении договора страхования.
- При досрочном прекращении договора страхования в течение первых 2-х лет срока действия договора страхования выкупная сумма не выплачивается.
- После оплаты первого страхового взноса за 3-ий год срока действия договора страхования выкупная сумма определяется в процентах исходя из арифметической суммы всех страховых взносов, полученных Страховщиком к моменту досрочного прекращения договора страхования, в соответствии с таблицей:

Год действия договора страхования	Срок действия договора страхования															
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	58%	55%	55%	55%	55%	55%	52%	52%	51%	51%	50%	48%	47%	46%	45%	44%
4	74%	67%	64%	62%	60%	60%	56%	56%	55%	54%	53%	51%	50%	49%	47%	46%
5	90%	79%	73%	69%	65%	65%	60%	60%	59%	57%	56%	54%	53%	52%	50%	49%
6		90%	82%	76%	70%	70%	64%	64%	63%	60%	59%	57%	56%	55%	53%	52%
7			89%	83%	75%	75%	68%	68%	67%	63%	62%	60%	59%	58%	56%	55%
8				88%	80%	79%	72%	72%	71%	66%	65%	63%	62%	61%	59%	58%
9					85%	83%	76%	76%	74%	69%	68%	66%	65%	64%	62%	61%
10						86%	80%	80%	77%	72%	71%	69%	68%	67%	65%	64%
11							84%	83%	80%	75%	74%	72%	71%	70%	68%	67%
12								86%	83%	78%	77%	75%	74%	73%	71%	70%
13									87%	81%	80%	78%	76%	75%	73%	72%
14										84%	83%	81%	79%	77%	75%	74%
15											86%	84%	81%	79%	77%	76%
16												87%	84%	82%	80%	78%
17													87%	85%	83%	81%
18														88%	85%	84%
19															88%	86%
20																89%

- Расчет выкупной суммы (ВС) производится по формуле:

$$BC = B3H * p,$$

где

*B3H* – арифметическая сумма всех страховых взносов, полученных Страховщиком к моменту досрочного прекращения договора страхования;

*p* – процент в соответствии с таблицей в зависимости от срока действия договора страхования.

- При досрочном расторжении, премия по которому была оплачена единовременно, в дополнение к выкупной сумме Страхователю также будет возвращена часть взносов по дополнительным программам (если они были включены в договор) за неиспользованный период, равный количеству полных лет с даты расторжения до даты окончания договора страхования.

## ПЕРЕЧЕНЬ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Заболевания	Стандартные определения
1 <b>Рак (злокачественное новообразование)</b>	<p>Рак означает присутствие новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы и болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если новообразование больше или равно pT1bN0M0 (вертикальной толщине по Бреслоу &gt; 1 мм или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V).</p> <p>Датой первичного диагностирования заболевания считается дата указания в медицинских документах Застрахованного лица на впервые установленный диагноз с учетом анамнеза, клинической картины и подтверждения диагноза результатами лабораторного и инструментального исследования, в том числе результатами пункционной биопсии.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами гистологического исследования опухоли, в обязательном порядке подтвержден заключением онколога/гематолога и патологоанатома/патогистолога.</p> <p>Если гистопатологическое исследование невозможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и злокачественная опухоль должна быть подтверждена КТ или МРТ исследованием.</p> <p><b>Исключения:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Доброкачественные или предраковые новообразования</li><li>· Опухоли, характеризующиеся наличием злокачественных изменений карциномы in situ</li><li>· Цервикальная дисплазия CIN I-III,</li><li>· Карцинома мочевого пузыря стадии T1a*</li><li>· Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1см или менее) если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов</li><li>· Рак предстательной железы, диагностированный как T1N0M0*</li><li>· Хроническая лимфоцитарная лейкемия (ХЛЛ) менее чем стадия 3 по Rai, болезнь Ходжкина ниже III стадии</li><li>· Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении</li><li>· Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа</li></ul> <p>* В соответствии с Международной классификацией TNM</p>
2 <b>Аорто-коронарное шунтирование</b>	<p>Оперативное вмешательство со вскрытием грудной клетки с целью коррекции сужений или блокады одной или более коронарных артерий за счет обходного трансплантата. Данный диагноз должен быть подтвержден ангиографическим снимком, подтверждающим наличие выраженной обструкции коронарной артерии. Коронарное шунтирование должно быть назначено по медицинским показаниям кардиохирургом.</p> <p><b>Исключения:</b></p> <p>В данное определение не включаются: баллонная ангиопластика, стентирование коронарных артерий, лазерная ангиопластика, эндоскопическое аорто-коронарное шунтирование.</p>



- 3 **Инфаркт миокарда** Гибель участка сердечной мышцы в результате недостаточного кровоснабжения, что сопровождается всеми следующими признаками острого инфаркта:  
 Диагноз должен быть поставлен врачом – кардиологом и подтвержден наличие 3 и более из 4 приведенных ниже клинических проявлений, типичных для инфаркта:
1. Наличие характерной боли в области грудины
  2. Новые типичные изменения на электрокардиографии, свидетельствующие об образовании инфаркта (не присутствующие у застрахованного лица до начала заболевания)
  3. Диагностированное повышение уровня кардиального энзима КФК-МВ
  4. Диагностированное повышение уровня тропонина (Т или I)
- 4 **Хроническая почечная недостаточность** Хроническая, необратимая конечная стадия недостаточности обеих почек, требующая либо регулярного гемодиализа, либо перитонеального диализа, либо трансплантации почек. Диагноз должен быть поставлен врачом-нефрологом.
- 5 **Трансплантация жизненно-важных органов** Фактическая операция по трансплантации жизненно-важного органа от человека человеку (сердца, печени, легкого, почки, тонкого кишечника или поджелудочной железы) или костного мозга у Застрахованного в качестве реципиента.  
**Исключения:**  
 Селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы не покрывается настоящим определением. К исключениям также относятся иные трансплантанты из стволовых клеток, донорство органов.
- 6 **Инсульт** Цереброваскулярное заболевание, характеризующееся в том числе образованием инфаркта тканей головного мозга, церебральным или субарахноидальным кровотечением, церебральной эмболией, повлекшее постоянный неврологический дефицит.  
  
 Диагноз должен быть подтвержден:  
 1. Данными магнитно-резонансной томографии и/или данными компьютерной томографии  
 2. Наличие перманентных неврологических расстройств (определяемых, например, по шкале ежедневной активности) должно устанавливаться врачом-неврологом после минимального периода в три месяца от произошедшего события.  
  
**Исключения:**  
 1. Преходящее ишемическое нарушение мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки.  
 2. Поражение головного мозга вследствие травмы, несчастного случая, воспалительных заболеваний и васкулита.  
 3. Сосудистые заболевания, индуцирующие нарушение зрения и поражение оптического нерва.
- 7 **Болезнь Альцгеймера и другая органическая деменция (в возрасте до 60 лет)** Нарушение или утрата интеллектуальных способностей и/или аномальное поведение, диагностированное и подтвержденное неврологом. Диагноз болезни Альцгеймера или другой органической деменции должен быть подтвержден клиническим состоянием, общепринятыми вопросниками или тестами, относящимися к болезни Альцгеймера или необратимым органическим дегенеративным расстройствам. Болезнь должна проявляться в значительном снижении как умственной так и социальной активности, что требует постоянного надзора и помощи Застрахованному. Диагноз должен быть поставлен до 60 лет.  
**Исключения:**  
 Определение не покрывает невротические или психические расстройства
- 8 **Операция по пересадке аорты** Хирургическая операция открытым доступом в связи с заболеванием аорты с иссечением и хирургической заменой части пораженной аорты трансплантатом. Понятие аорты включает в себя грудную и брюшную аорту.

**Исключения:**

Ветви аорты не покрываются данным определением  
Любые другие хирургические операции, например, установка стентов с минимальной инвазией или эндоваскулярное лечение не покрываются данным определением

- 9 **Апластическая анемия** Хроническое постоянное, необратимое нарушение функции костного мозга, которое проявляется анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, требующих лечения по крайней мере одним из ниже перечисленных методов:  
1. переливание крови  
2. стимуляторы костного мозга  
3. иммуносупрессивные препараты  
4. пересадка костного мозга
- 10 **Доброкачественная опухоль головного мозга** Не злокачественное опухолевое поражение в мозговой ткани или мозговых оболочках головного мозга, приводящее к постоянным неврологическим симптомам. Опухоль должна быть подтверждена КТ или МРТ-исследованием.  
**Исключения:**  
Опухоли гипофиза, кисты, гранулемы и опухоли черепно-мозговых нервов (например, акустическая невринома) или пороки развития в веществе или вещества головного мозга, мозговых артерий или вен и / или спинного мозга не покрываются данным определением.
- 11 **Слепота (Потеря зрения)** Постоянная и необратимая потеря зрения в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 3/60 или ниже на лучшем глазе при использовании оптометрической таблицы Снеллена.  
Диагноз постоянной потери зрения может быть установлен не менее, чем через шесть месяцев после начала конкретной болезни или несчастного случая.  
Диагноз должен быть подтвержден офтальмологом.
- 12 **Терминальная стадия заболевания печени** Конечная стадия печеночной недостаточности вследствие цирроза печени. Цирроз должен быть подтвержден гастроэнтерологом в соответствии со всеми следующими критериями:  
1. постоянная желтуха  
2. асцит  
3. биопсия печени или, если биопсия недоступна, неинвазивный тест на фиброз или визуальные методы исследования, согласующиеся с диагнозом  
4. печеночная энцефалопатия  
**Исключения:**  
Терминальная печеночная недостаточность вследствие злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами
- 13 **Кома** Бессознательное состояние, характеризуемое полным отсутствием реакций на внешние раздражители, продолжающееся в течение по меньшей мере 96 часов и проявляющееся стойким неврологическим дефицитом. В течении периода отсутствия сознания должно требоваться применение систем поддержания жизни.  
Данные о постоянном неврологическом повреждении могут быть подтверждены неврологом самое раннее через 3 месяца после события.  
**Исключения:**  
(1) Кома в результате злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами не покрывается определением. (2) Кома, вызываемая/поддерживаемая в целях проведения лечения не относится к данному определению.
- 14 **Глухота (Потеря слуха)** Полная и необратимая потеря слуха в обоих ушах. Диагноз постоянной потери слуха может быть поставлен не ранее, чем через шесть месяцев после возникновения конкретного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден аудиометрией и определением порога слуха и подтвержден ЛОР-врачом.

- 15 **Энцефалит** Тяжелое воспаление тканей головного мозга от возбудителей инфекций, таких как вирусы и бактерии, приводящее к значительному и постоянному неврологическому дефициту. Диагноз должен быть поставлен врачом-неврологом не ранее, чем через три месяца от начала энцефалита.  
**Исключения:**  
Энцефалит при наличии ВИЧ-инфекции исключается из данного определения.
- 16 **Молниеносный вирусный гепатит** Печеночная недостаточность вследствие молниеносного гепатита, вызванного вирусом гепатита.  
Должны быть данные о следующем:  
· Быстрое ухудшение функции печени, указывающее на массивное паренхиматозное заболевание печени, напр., значение концентрации Фактора V < 30%  
· Объективные признаки печеночной энцефалопатии  
· Некроз печени с участием всех долек, оставляющий только ретикулярную ткань  
**Исключения:**  
Определение не покрывает молниеносный гепатит вследствие:  
· попытки суицида  
· аутоинтоксикации  
· передозировки препаратов  
· чрезмерного приема алкоголя
- 17 **Оперирование сердечных клапанов** Оперативное вмешательство на сердце открытым доступом со вскрытием грудной клетки (хирургическое рассечение грудины), проводимое для замены или восстановления функций одного или нескольких клапанов сердца. Необходимость в проведении хирургической операции должна быть установлена врачом-кардиохирургом.  
**Исключения:**  
1. Оперирование сердечных клапанов в связи с врожденными нарушениями не относится к данному определению.  
2. Вальвулотомия.  
3. Вальвулопластика.  
4. Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов сердца.
- 18 **ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови** Инфицирование любым Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в результате переливания крови необходимой как часть лечения после начала полиса. Полная информация должна быть предоставлена врачу страховой компании, что инфекция застрахованного, несомненно, была вызвана переливанием крови.  
**Исключения:**  
Пациенты с гемофилией не покрываются данным определением.
- 19 **ВИЧ / СПИД вследствие профессиональной деятельности** Убыток выплачивается медицинскому персоналу при диагностировании ВИЧ-инфекции при условии, что такая инфекция установлена медицинскими организациями и вызвана травмой иглой/острым предметом или вследствие контакта слизистой с кровью или кровосодержащими жидкостями, которое имело место в течение 12 месяцев перед постановкой диагноза и во время действия полиса.  
Несчастный случай должен был произойти пока застрахованный выполнял свои нормальные профессиональные обязанности и представил отчет о таком случае в соответствии с установленным порядком.  
Застрахованный обязан в течение пяти дней с момента несчастного случая пройти анализ крови, который покажет отсутствие ВИЧ или антител к нему. Дальнейший анализ крови должен быть выполнен в течение 12 месяцев после событий с целью доказательства наличия ВИЧ или антител к нему.
- 20 **Тяжелая травма головы** Травматическое повреждение головного мозга вследствие несчастного случая, ведущее к значительным и постоянным неврологическим дефицитам, и функциональному нарушению. Диагноз, включая постоянное функциональное

нарушение, должен быть подтвержден неврологом по меньшей мере через 4 недели после события.

- 21 **Большие/тяжелые ожоги** Ожоги третьей степени, покрывающие не менее 20% площади поверхности тела. Диагноз должен быть установлен в стационаре.
- 22 **Инфекционный менингит** Воспаление оболочек головного и спинного мозга от инфекционных возбудителей таких как бактерии или вирусы, приводящее к постоянному и значительному неврологическому дефициту. Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом после минимального трехмесячного периода.  
**Исключения:**  
Инфекционный менингит при наличии ВИЧ-инфекции не покрывается данным определением.
- 23 **Заболевание двигательных нейронов (до возраста 60 лет)** Болезнь двигательных нейронов характеризуется стабильно прогрессирующим повреждением двигательных нейронов головного мозга, ствола головного мозга и спинного мозга, что приводит к слабости и утрате мышц.  
Окончательный диагноз болезни двигательных нейронов до 60 лет, связанный с постоянным клиническим нарушением двигательной функции, должен быть подтвержден неврологом.
- 24 **Рассеянный склероз** Диагноз должен быть определен врачом-неврологом с подтверждением по меньшей мере устойчивых неврологических отклонений средней степени и связанных с ними нарушений. Должно иметься свидетельство наличия типичных симптомов демиелинизации и ухудшения моторной и сенсорной функции.  
Диагноз должен опираться на современные диагностические методики, такие как сканирование.  
Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5 и неврологические отклонения, которые имели место в течении непрерывного периода времени не менее шести месяцев.
- 25 **Мышечная дистрофия** Прогрессирующая мышечная дистрофия является наследственной симметричной мышечной слабостью и атрофией. Диагноз должен быть подтвержден неврологом и заключением электромиографии/ электронейромиографии.  
Претензия будет принята, если болезнь приводит к невозможности выполнения без постоянной посторонней помощи трех или более видов ежедневной жизнедеятельности (Классификация ADL):  
*Мытье: способность мыться в ванной или в душе (в т.ч. перемещение в ванну или душ) или мыться с помощью других средств.*  
*Одевание: способность надевать на себя, снимать с себя, застегивать или расстегивать все предметы одежды, а также, при необходимости, фиксирующие устройства, искусственные конечности или иные хирургические приспособления.*  
*Прием пищи: способность самостоятельно принимать пищу, приготовленную и доступную для употребления.*  
*Пользование туалетом: способность пользоваться уборной или управлять функциями опорожнения кишечника и мочевого пузыря с использованием специального нижнего белья или хирургических устройств, при необходимости.*  
*Передвижение: способность двигаться внутри помещения из комнаты в комнату на одном уровне.*  
*Перемещение: способность перемещаться с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно.*
- 26 **Паралич** Полная и постоянная потеря способности использования любых двух или более конечностей в силу несчастного случая или болезни. Устойчивость паралича должна быть подтверждена врачом-неврологом через 6 месяцев после наступления.
- 27 **Болезнь Паркинсона (до 60 лет)** Окончательный диагноз болезни Паркинсона в возрасте до 60 лет должен быть поставлен врачом-неврологом. Заболевание приводит к невозможности выполнения без постоянной посторонней помощи трех или более видов



ежедневной жизнедеятельности (Классификация ADL):

*Мытье: способность мыться в ванной или в душе (в т.ч. перемещение в ванну или душ) или мыться с помощью других средств.*

*Одевание: способность надевать на себя, снимать с себя, застегивать или расстегивать все предметы одежды, а также, при необходимости, фиксирующие устройства, искусственные конечности или иные хирургические приспособления.*

*Прием пищи: способность самостоятельно принимать пищу, приготовленную и доступную для употребления.*

*Пользование туалетом: способность пользоваться уборной или управлять функциями опорожнения кишечника и мочевого пузыря с использованием специального нижнего белья или хирургических устройств, при необходимости.*

*Передвижение: способность двигаться внутри помещения из комнаты в комнату на одном уровне.*

*Перемещение: способность перемещаться с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно.*

**Исключения:**

Болезнь Паркинсона, возникающая в результате злоупотребления алкоголем или лекарственных средств, не относится к данному определению.

Другие синдромы Паркинсонизма особенно исключаются.

**28 Потеря конечностей**

Постоянная физическая утрата любого сочетания 2 или более конечностей на уровне выше запястья (руки) или выше голеностопного сустава (ноги).

**Исключение:**

суицидальные попытки или умышленное причинение вреда здоровью.

**29 Апатический синдром**

Тяжелое нарушение функции головного мозга при незатронутом стволе мозга. Расстройство характеризуется отсутствием основных когнитивных функций, отсутствием реакции на любой раздражитель и отсутствием взаимодействия с другими людьми. Диагноз должен быть подтвержден неврологом и должен быть документально подтвержден, по крайней мере в течение месяца.

**30 Кардиомиопатия**

Нарушение функции желудочка (различной этиологии), приводящее к сердечной недостаточности 4 класса по классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (NYHA). Диагноз кардиомиопатия должен быть подтвержден кардиологом. Кардиомиопатия включает в себя дилатационную, гипертрофическую и рестриктивную кардиомиопатию. Кардиомиопатия вторичная к злоупотреблению алкоголем или из-за чрезмерной физической активности (сердце спортсмена) исключается. Кардиомиопатия с недостаточностью Класса 4 по NYHA означает, что у пациента имеются симптомы даже в состоянии покоя, несмотря на использование лекарств и изменений диеты, и любая физическая активность увеличивает дискомфорт; нарушение функции желудочков определяется на медицинском осмотре и лабораторными исследованиями.

## ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ (ТРАВМАХ)

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (% от страховой суммы)
<b>Свод, основание, лицевой череп</b>		
<b>1.</b>	<b>Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:</b>	
	Перелом костей черепа:	
	а) наружной пластинки свода, чешуи височной кости, орбиты; парных костей (кости) лицевого черепа - носовой, скуловой, слезной, небной, нижней носовой раковины; сошника	<b>3</b>
	б) верхней челюсти	<b>4</b>
	в) нижней челюсти	<b>6</b>
	г) свода	<b>10</b>
	д) основания	<b>15</b>
	е) свода и основания	<b>20</b>
<b>2.</b>	Операция трепанации черепа в связи с травмой	<b>10</b>
<b>Центральная и периферическая нервная система</b>		
<b>3.</b>	Внутричерепные травматические гематомы:	
	а) эпидуральная	<b>12</b>
	б) субдуральная (внутричерепная)	<b>15</b>
	Примечание: Диагноз должен быть подтвержден результатом люмбальной пункции.	
<b>4.</b>	Черепно-мозговая травма:	
	а) сотрясение головного мозга при сроках лечения только в стационаре:	
	- от 5 койко-дней до 15 койко-дней включительно	<b>3</b>
	- 16 койко-дней и более	<b>5</b>
	б) ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние при сроке лечения только в стационаре более 20 койко-дней	<b>10</b>
	Примечание к ст. 4-б: При меньшем сроке лечения применяется ст. 4-а).	
	в) размягчение вещества головного мозга	<b>45</b>
	Примечание к ст. 4-в: Выплачивается не ранее 6 месяцев после травмы, если пострадавшему не установлена группа инвалидности.	
<b>5.</b>	Острое отравление нейротропными ядами, поражение электротоком, атмосферным электричеством, столбняк - только при стационарном лечении:	
	а) от 5 койко-дней до 15 койко-дней включительно	<b>3</b>
	б) 16 койко-дней - 20 койко-дней	<b>5</b>
	в) 21 койко-день - 30 койко-дней	<b>7</b>
	г) свыше 30 койко-дней	<b>10</b>
<b>6.</b>	Частичный разрыв спинного мозга на любом уровне	<b>25</b>
<b>Органы зрения</b>		
<b>7.</b>	Проникающее ранение глазного яблока, травматические иридоциклит, хориоретинит, рубцовый трихиаз, заворот века, дефект радужной оболочки	<b>2</b>
<b>8.</b>	а) повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения глаза, обладавшего любым зрением	<b>35</b>
	б) удаление в результате травмы глазного яблока, обладавшего зрением	<b>38</b>
<b>9.</b>	а) потеря глазного яблока, не обладавшего зрением, как косметический дефект	<b>2</b>

	Примечание: При применении ст. 9 выплата по ст. 7 не производится.	
<b>Органы слуха</b>		
<b>10.</b>	Полное отсутствие ушной раковины	<b>10</b>
<b>Дыхательная и сердечно-сосудистая системы</b>		
<b>11.</b>	а) перелом передней стенки лобной, гайморовой пазух, решетчатой кости б) повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости; операция трахеостомии, проведение бронхоскопии, гастродуоденоскопии	<b>2</b> <b>2</b>
<b>12.</b>	Перелом ребер, грудины: а) одного ребра б) каждого последующего ребра при одной и той же травме в) перелом грудины Примечание: При переломе ребер во время проведения реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание) страховая сумма выплачивается на общих основаниях, кроме случаев повреждения ребер, грудины в связи с обеспечением доступа к органам грудной полости, обусловленным методикой проведения полостной операции	<b>2</b> <b>1</b> <b>3</b>
<b>13.</b>	Повреждение легкого, повлекшее за собой: а) удаление части, доли легкого б) удаление легкого	<b>25</b> <b>45</b>
<b>14.</b>	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность Примечание: К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную и сонную артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровоснабжение/кровообращение внутренних органов	<b>25</b>
<b>15.</b>	Проникающее ранение грудной клетки при отсутствии повреждения органов грудной клетки, инородное тело грудной полости	<b>5</b>
<b>16.</b>	Удаление селезенки	<b>30</b>
<b>Органы пищеварения</b>		
<b>17.</b>	Полное отсутствие языка	<b>45</b>
<b>18.</b>	Потеря зубов: - за один зуб	<b>0,5</b>
<b>19.</b>	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшее за собой: а) ушивание разрыва печени или удаление желчного пузыря б) ушивание разрыва печени и удаление желчного пузыря в) удаление части печени г) удаление части печени и желчного пузыря	<b>15</b> <b>20</b> <b>25</b> <b>30</b>
<b>20.</b>	Повреждение живота, в связи с которым произведены: а) лапароскопия(лапароцентез) б) лапаротомия (в т.ч. с лапароскопией, лапароцентезом)	<b>1</b> <b>5</b>
<b>21.</b>	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой: а) резекцию части желудка, кишечника, поджелудочной железы б) удаление желудка Примечание: При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая сумма выплачивается однократно.	<b>30</b> <b>45</b>
<b>Мочевыделительная и половая системы</b>		
<b>22.</b>	Повреждение почки, повлекшее за собой: а) удаление части почки б) удаление почки	<b>30</b> <b>45</b>
<b>23.</b>	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы: а) цистостомия б) ушивание мочевого пузыря	<b>3</b> <b>5</b>
<b>24.</b>	Повреждение органов половой системы, повлекшее за собой: а) удаление одного яичника, одной маточной трубы, одного яичка б) удаление яичников, маточных труб, части полового члена в) потерю матки, полового члена	<b>15</b> <b>30</b> <b>45</b>

<b>Мягкие ткани</b>		
<b>25.</b>	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	<b>5</b>
<b>26.</b>	Резкое нарушение косметики либо обезображивание лица грубыми рубцами, выявленное у Застрахованного специалистом по истечении 6 месяцев после травматического повреждения кожных покровов лица, переднебоковой поверхности шеи	<b>20</b>
<b>Позвоночник</b>		
<b>27.</b>	Переломы тела, дужек, суставных отростков:	<b>5</b>
	а) одного позвонка	<b>3</b>
	б) каждого следующего позвонка (при одной и той же травме)	<b>2</b>
	в) перелом поперечных или остистых отростков:	<b>1</b>
	- одного позвонка	<b>2</b>
	- каждого следующего позвонка (при одной и той же травме)	<b>1</b>
	Примечание: В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела, поперечных или остистых отростков одного и того же позвонка, страховая сумма выплачивается по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение однократно.	
<b>28.</b>	Перелом крестца, копчика	<b>5</b>
<b>29.</b>	Удаление копчика Примечание: Если производится выплата по ст. 29, то ст. 28 в части перелома копчика не применяется.	<b>7</b>
<b>Верхняя конечность</b>		
<b>30.</b>	Перелом лопатки, ключицы, разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	а) перелом одной кости, разрыв одного сочленения	<b>7</b>
	б) перелом, разрыв двух и более костей, сочленений	<b>10</b>
<b>31.</b>	Перелом, вывих костей (кости), образующих плечевой сустав	<b>10</b>
<b>32.</b>	Перелом плеча на любом уровне (кроме суставов)	<b>15</b>
<b>33.</b>	Травматическая ампутация плеча или тяжелое повреждение, приведшее к его ампутации на любом уровне	<b>45</b>
<b>34.</b>	Перелом, вывих костей (кости), образующих локтевой сустав	<b>10</b>
<b>35.</b>	Перелом костей предплечья:	
	а) одной кости	<b>4</b>
	б) двух костей	<b>10</b>
<b>36.</b>	Травматическая ампутация предплечья или тяжелое повреждение, приведшее к его ампутации на любом уровне	<b>45</b>
<b>37.</b>	Перелом, вывих костей, образующих лучезапястный сустав:	
	а) одной кости	<b>3</b>
	б) лучевой и локтевой костей	<b>7</b>
<b>38.</b>	Перелом костей запястья одной кисти:	
	а) одной кости (кроме ладьевидной)	<b>4</b>
	б) двух и более костей, ладьевидной	<b>7</b>
<b>39.</b>	Перелом пястных костей одной кисти:	
	а) одной кости	<b>2</b>
	б) двух и более костей	<b>4</b>
<b>40.</b>	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ампутации на уровне пястных костей, запястья, лучезапястного сустава	<b>45</b>
<b>41.</b>	Повреждения первого, второго пальцев кисти:	
	а) перелом ногтевой фаланги	<b>3</b>
	б) перелом двух, трех фаланг пальца	<b>7</b>
	в) ампутация пальца на уровне ногтевой фаланги	<b>10</b>
	г) ампутация пальца на уровне основной, средней фаланги	<b>15</b>
<b>42.</b>	Повреждение третьего, четвертого, пятого пальцев кисти:	
	а) перелом любой фаланги (фаланг) пальца	<b>2</b>
	б) ампутация пальца на уровне ногтевой фаланги	<b>5</b>
	в) ампутация пальца на уровне основной, средней фаланги	<b>7</b>
	Примечание: При одновременном повреждении нескольких пальцев кисти (1, 2, 3, 4, 5 пальцы) в период действия одного договора страхования страховая сумма выплачивается с учетом каждого повреждения путем	



	суммирования. Однако, размер страховой суммы не должен превышать 45 % при повреждении одной кисти.	
<b>Таз</b>		
<b>43.</b>	Повреждения таза: а) перелом одной кости б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения в) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений Примечание: Если в связи с переломом костей таза, разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5 % страховой суммы однократно.	<b>3</b> <b>7</b> <b>15</b>
<b>Нижняя конечность</b>		
<b>44.</b>	Перелом вертлужной впадины тазовой кости, головки, шейки бедра, вывих бедра	<b>15</b>
<b>45.</b>	Перелом бедра на любом уровне, за исключением области суставов	<b>20</b>
<b>46.</b>	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой: а) неподвижность сустава (анкилоз) б) «болтающийся» сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины) в) эндопротезирование сустава	<b>35</b> <b>45</b> <b>30</b>
<b>47.</b>	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра	<b>45</b>
<b>48.</b>	Коленный сустав: а) перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедренной кости, проксимальный эпифиз большеберцовой кости) б) перелом надколенника, разрыв связок коленного сустава	<b>10</b> <b>3</b>
<b>49.</b>	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой: а) неподвижность сустава (анкилоз) б) «болтающийся» коленный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	<b>25</b> <b>30</b>
<b>50.</b>	Перелом костей голени: а) малоберцовой кости б) большеберцовой кости в) обеих костей	<b>5</b> <b>10</b> <b>15</b>
<b>51.</b>	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне голени	<b>45</b>
<b>52.</b>	Голеностопный сустав: а) перелом одной из лодыжек или заднего края большеберцовой кости б) перелом обеих лодыжек, разрыв дистального межберцового синдесмоза в) перелом одной или обеих лодыжек с задним краем большеберцовой кости, разрывом дистального межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы	<b>3</b> <b>7</b> <b>10</b>
<b>53.</b>	Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой: а) отсутствие движений в суставе (анкилоз) б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	<b>25</b> <b>30</b>
<b>54.</b>	Стопа: а) перелом одной-двух костей плюсны, предплюсны (кроме пяточной, таранной кости) б) перелом трех и более костей плюсны, предплюсны (кроме пяточной, таранной кости) в) перелом пяточной либо таранной кости г) перелом пяточной и таранной костей, либо перелом одной из этих костей с переломом костей плюсны, предплюсны	<b>3</b> <b>7</b> <b>10</b> <b>20</b>
<b>55.</b>	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне: а) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы) б) плюсневых костей в) предплюсны г) таранной, пяточной кости, голеностопного сустава	<b>25</b> <b>30</b> <b>35</b> <b>40</b>
<b>56.</b>	Пальцы стопы:	

	а) перелом одной или нескольких фаланг одного или двух пальцев	<b>2</b>
	б) перелом одной или нескольких фаланг трех-пяти пальцев	<b>4</b>
<b>57.</b>	Травматическая ампутация первого пальца или повреждение, повлекшее за собой его ампутацию на уровне: а) ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги) б) основной фаланги (потеря пальца)	<b>5</b> <b>10</b>
<b>58.</b>	Травматическая ампутация второго, третьего, четвертого, пятого пальцев или повреждение, повлекшее их ампутацию: а) одного-двух пальцев на уровне ногтевой или средней фаланги (потеря ногтевой фаланги) б) одного-двух пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев) в) трех-четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг г) трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев)	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b> <b>15</b>

#### **Пояснения к таблице**

В том случае, когда в результате одной травмы наступили разные повреждения, перечисленные в одном подпункте какой-либо статьи, размер страховой выплаты определяется по этому подпункту однократно.

Страховая выплата в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты при потере этого органа, а общая сумма выплат при множественных повреждениях не должна превышать 100 % от страховой суммы.